



Le baromètre du renoncement aux soins dans le Gard

Philippe Warin, Catherine Chauveaud

► To cite this version:

Philippe Warin, Catherine Chauveaud. Le baromètre du renoncement aux soins dans le Gard. 2014, 104 p. hal-01099989

HAL Id: hal-01099989

<https://hal.science/hal-01099989>

Submitted on 5 Jan 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Le Baromètre du renoncement aux soins dans le GARD

Rapport d'étude

1

Auteur du rapport :

Philippe Warin, directeur de recherche CNRS (UMR n° 5194 « PACTE » - Université Grenoble Alpes), cofondateur de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore).

Avec la collaboration de Catherine Chauveaud, chargée d'études, cofondatrice de l'Odenore.

Date de remise du rapport :

10 septembre 2014.

Références contractuelles :

Convention n° 13 CUF 5621 entre la CPAM du Gard et la société FLORALIS, filiale de l'Université Joseph Fourier.



Remerciements

L'expérience du Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard présentée dans ce rapport a été initiée et coordonnée par la Caisse primaire d'Assurance maladie du Gard.

La Caisse primaire a participé fortement à la production des données. En particulier, les entretiens et les synthèses qui en sont issues ont été réalisés par deux chargées de recherche recrutées à cet effet par la CPAM : Mesdames Apolline Bolze et Liza Rives.

La coordination de l'ensemble du processus de travail a été assurée tout au long par Madame Deweine, responsable Communication Marketing à la CPAM du Gard.

Les partenaires institutionnels du BRSG ont participé activement à la réalisation de cette expérience : le Conseil général du Gard, la Caisse d'Assurance retraite (CARSAT) du Languedoc-Roussillon et les organismes locaux de la Mutualité sociale agricole (MSA), Mutualité française, Caisse régionale sécurité sociale mines sud-est (CARMI), du Régime social des indépendants (RSI), ainsi que le Centre hospitalier universitaire de Nîmes (CHU).

La production des données quantitatives a été possible grâce à l'engagement de leurs services et de leurs agents. Les discussions intermédiaires indispensables pour la conduite de l'expérience ont associé activement l'ensemble des institutions ainsi que l'Agence régionale de santé du Languedoc-Roussillon. De fait, le BRSG est une démarche collective. Ses résultats sont donc le produit de l'implication de chacun.

Au moment de rendre ce rapport d'étude, nous tenons à remercier tous les acteurs pour leurs contributions et à souligner le caractère exemplaire du partenariat qui a porté cette expérience.

Sommaire

Introduction	5
1 – Présentation du Baromètre	7
1 – 1. <i>Un questionnaire multi-sites</i>	7
1 – 2. <i>Un repérage par recensement</i>	8
1 – 3. <i>La population recensée par le BRSG</i>	10
A) <i>Les principales caractéristiques</i>	10
B) <i>La population du BRSG selon les territoires</i>	11
1 – 4. <i>Une enquête qualitative</i>	12
2 – Sur la notion de renoncement	14
2 – 1. <i>Une « notion floue »</i>	14
2 – 2. <i>Renoncement/Non recours</i>	15
2 – 3. <i>Renoncement/Report</i>	16
3 – Les renonçants	18
3 – 1. <i>Des familles, pas seulement des personnes</i>	18
3 – 2. <i>Des ménages modestes</i>	20
4 – Les besoins de soins non satisfaits	22
4 – 1. <i>De multiples besoins de soins</i>	23
4 – 2. <i>Des renoncements différenciés selon la couverture maladie</i>	25
4 – 3. <i>Des renoncements assez peu différents selon les territoires</i>	26
4 – 4. <i>Des différences selon l'origine du repérage</i>	27
4 – 5. <i>La gravité des conséquences du renoncement</i>	27
4 – 6. <i>Une forte homologie entre renoncement et non-recours</i>	29
5 – Les raisons du renoncement	33
5 – 1. <i>Les raisons financières</i>	33
5 – 2. <i>L'absence d'une complémentaire maladie</i>	34
5 – 3. <i>Un faisceau d'autres raisons et des facteurs d'activation du renoncement</i>	35
5 – 4. <i>Quelques différences selon les territoires</i>	38
5 – 5. <i>Des différences selon l'origine du repérage</i>	38
6 – Sur les explications du renoncement	40
6 – 1. <i>Un phénomène étroitement lié à des parcours professionnels chaotiques</i>	40
6 – 2. <i>Le renoncement au repos prescrit</i>	42

6 – 3. La conséquence de ruptures familiales et d'autres évènements de vie	43
6 – 4. La conséquence d'un manque de soutien financier de la part de proches	44
6 – 5. La conséquence d'un manque de guidance de la part des professionnels de santé	45
A) Manque de guidance et manque de discernement	45
B) L'importance des relations aux professionnels de santé	46
C) Des situations diverses qui questionnent les pratiques professionnelles	48
D) Du manque de guidance au manque de confiance	50
6 – 6. La conséquence d'un manque de guidance de la part des services administratifs et sociaux	52
7 – Le renoncement comme comportement intégré	55
7 – 1. Des réactions pour sortir du renoncement	55
7 – 2. La recherche d'alternatives à défaut d'accéder à l'offre de soins disponible	56
A) L'automédication	56
B) Le recours aux subterfuges du marché	57
C) La planification des soins et l'échelonnement des paiements	59
Conclusion	60
Annexes	63
Annexe 1 : Questionnaire utilisé pour le repérage	63
Annexe 2 : Guide d'entretien	65
Annexe 3 : Résumé des profils des enquêtés selon le service ayant effectué le repérage	69
Annexe 4 : Estimation de la pauvreté monétaire des enquêtés	72
Annexe 5 : Importance des types de soins non satisfaits selon l'âge, la situation de familiale et la catégorie socioprofessionnelle des renonçants	74
Annexe 6 : Importance des types de soins non satisfaits selon la complémentaire santé des renonçants	76
Annexe 7 : Importance des raisons du renoncement par type de soins non satisfaits	77
Annexe 8 : Importance des types de soins non satisfaits selon le territoire de résidence	78
Annexe 9 : Importance des types de soins non satisfaits selon l'origine du repérage	79
Annexe 10 : La gravité du renoncement	80
Annexe 11 : Raisons déclarées du renoncement et facteurs d'activation	84
Annexe 12 : Importance de chaque type de raisons selon le territoire de résidence	88
Annexe 13 : Importance de chaque type de raisons selon l'origine du repérage	89
Annexe 14 : Actions des enquêtés et/ou des professionnels pour éviter/sortir des situations de renoncement	90
Annexe 15 : Observations sur des actions d'information/d'interfaces pour éviter/sortir des situations de renoncement	97

Introduction

Le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard (BRSG) se présente comme une démarche expérimentale. Voulu par la direction de la Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) du Gard, le BRSG est une véritable innovation par rapport aux fonctionnements et pratiques professionnels habituels. Guidé par l'intention d'agir pour l'accès aux soins des assurés sociaux, le BRSG atteste d'une volonté affirmée de (re)situer l'Assurance maladie comme un acteur central de la santé en France.

Pour mener à bien cette expérience, la CPAM du Gard s'est tournée vers d'autres acteurs institutionnels du département, considérant que la puissance de la démarche dépend du partenariat actif qu'elle saurait initier.

Aussi, avant d'entrer dans le détail de ce rapport qui présente les résultats de cette expérience – tant sur le plan des données produites par le BRSG que des pistes d'actions induites par les résultats – convient-il de rappeler les objectifs du Baromètre.

Le BRSG trouve son origine en 2012 lorsque l'Assurance maladie décide d'engager une mission d'étude consistant à interroger la pertinence, dans ses processus de production et de relations clients, des modes de prise en charge des situations à risques auxquelles sont confrontés principalement les publics les plus vulnérables.

Cette étude aboutit en septembre 2013 au lancement de la démarche PLANIR (Plan Local d'Accompagnement du Non-recours, des Incompréhensions et des Ruptures), dans laquelle les 100 Caisses primaires d'Assurance maladie, sur l'ensemble du territoire national, élaborent un plan d'actions visant à lutter notamment contre le non-recours aux droits selon une méthodologie définie certes par la Caisse Nationale mais qui appelle à une déclinaison adaptée à la spécificité de l'environnement de l'organisme local et à sa capacité d'expérimentation.

Alors que l'action préconisée pour limiter le non-recours aux droits est particulièrement développée dans PLANIR, parce qu'il ne peut être contesté qu'elle relève du cœur de métier du service public, l'étape inéluctable qui vient à la suite, la satisfaction des besoins de soins, bien qu'abordée dans le rapport de mission qui invite à la création d'observatoires du renoncement aux soins, est restée à l'état de recommandation. Pourtant, un an plus tard, en juillet 2014, le texte de la Convention d'objectifs et de gestion entre l'Assurance maladie et l'Etat pour la période 2014/2017 précise que l'Assurance maladie « *veillera à mieux identifier et accompagner les situations de renoncement aux soins* ».

Dans la mise en œuvre de sa propre démarche PLANIR, la CPAM du Gard examine de plus près la situation d'assurés qui n'utilisent pas un secours financier attribué par la Caisse pour la réalisation de soins dentaires (il s'agit d'un non-recours à un droit) et met en évidence, en s'appuyant sur l'analyse d'entretiens approfondis réalisés auprès de ces assurés, la gravité du renoncement aux soins chez les personnes concernées¹.

¹ Blanchet N., *Etude auprès d'assurés de la CPAM du Gard sollicitant une aide financière pour des soins dentaires*, Odenore, 2013.

<https://odenore.msh-alpes.fr/content/etude-aupr%C3%A8s-dassur%C3%A9s-de-la-cpam-du-gard-sollicitant-une-aide-financi%C3%A8re-pour-des-soins-dent>

La décision est alors prise d'élargir cette première approche du renoncement aux soins et de créer, à l'échelle du Gard, un baromètre du renoncement aux soins en lui assignant 4 objectifs :

- Produire de la connaissance sur l'ampleur et la gravité des difficultés d'accès aux soins et du non-recours aux soins dans le département.
- Associer à cette production de connaissances les acteurs de la santé, offreurs de soins ou institutionnels, et créer un lieu de réflexion collective autour de cette connaissance.
- Réunir les conditions d'une action coordonnée visant à identifier les situations de renoncement et à les prendre en charge dans la limite des moyens disponibles.
- Contribuer à la réflexion nationale sur les politiques d'accès aux soins et témoigner de la faisabilité et de l'efficacité d'une action locale coordonnée entre les acteurs et de ses conséquences sur les pratiques professionnelles.

1 - Présentation du Baromètre

Le BRSG est un outil barométrique au sens où il mesure et caractérise d'un point de vue statistique un phénomène (le renoncement aux soins) auprès d'une population donnée (les publics des institutions associées à l'expérimentation). Mais c'est aussi, en complément, une démarche d'enquête qualitative qui vise à cerner le plus précisément possible les explications du renoncement et ses conséquences, mais aussi à relever les solutions recherchées par les personnes concernées et à imaginer celles que pourraient porter les acteurs du BRSG.

7

1 – 1. Un questionnaire multi-sites

La construction du BRSG a reposé sur l'utilisation d'une fiche de repérage de situations de renoncement à des soins. Pour cela, des séances préalables de présentation des objectifs du BRSG puis de travail collectif avec les agents des services impliqués ont eu lieu afin de coproduire l'outil nécessaire. Au travers de cette démarche participative, il s'est agi aussi de faciliter une appropriation de la démarche par l'ensemble des participants en permettant un large échange de points de vue et de propositions.

La fiche de repérage constitue l'outil central du BRSG. Elle a été en partie inspirée de celle créée par l'Odenore et le CCAS de Grenoble pour les besoins d'un Baromètre local du non-recours aux droits². Cette fiche a la forme d'un questionnaire (ANNEXE 1). Celui-ci est introduit par une question générale proche de celle proposée dans l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) : *Au cours des 12 derniers mois avez-vous renoncé ou reporté des soins ?* La formulation a été modifiée par rapport à celle de l'IRDES³ de façon à ne pas induire de raisons particulières ; le but étant notamment de comparer plusieurs types de causes et de ne pas se limiter aux seules raisons financières. Comme l'indiquent les chercheurs de l'INSEE, les études sur les données françaises portent pour la plupart sur le renoncement pour ce type de raisons, à l'exception de quelques travaux qui discutent du renoncement à des soins dentaires à partir d'échantillons spécifiques (salariés de la région parisienne, patients des Pays de la Loire)⁴.

Le questionnaire comprend plusieurs modules : identification du répondant, couverture maladie et médecin traitant, fréquence des consultations et état de santé perçu, renoncement : types de soins et raisons. Un module supplémentaire concerne le professionnel qui fait passer le questionnaire : les actions entreprises suite au repérage de situations de renoncement, et pour les professionnels de santé les besoins de soins avérés d'un point de vue médical.

Le repérage des situations de renoncement a été réalisé au cours de 4 campagnes qui se sont déroulées du 17 au 28 novembre 2013, et courant 2014 du 27 janvier au 7 février, 14 avril au 25 avril, 26 mai au 6 juin 2014. Les données produites ont cru au fur et à mesure des campagnes du fait de

² Chauveaud C., Mazet P., Warin P., « L'expérimentation des baromètres du non-recours », ODENORE, *Working paper* n° 17, mai 2013. <https://odenore.msh-alpes.fr/documents/wp17.pdf>

³ La question de l'Enquête santé et protection sociale est : *Au cours des 12 derniers mois avez-vous renoncé au moins une fois à des soins pour raisons financières ?*

⁴ Libert B., Dang Tran P., Derouet C. et al., « Etat dentaire et renoncement aux soins : influence des facteurs socio-économiques et professionnels », *Documents pour le médecin du travail*, 2001, n° 88, pp. 389-394. URCAM des Pays de la Loire, *Analyse du phénomène de renoncement aux soins dentaires*, 2002. Cités dans Chaupain-Guillot S., Guillot G., Jankeliowitch-Laval E., « Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRVC », *Economie et Statistique*, n° 469-470, 2014, pp. 169-197. Résultats de l'enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) réalisée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) en 2007.

l'implication de nouveaux acteurs. Certains ont rejoint en cours de route le processus de travail initié et coordonné par la CPAM du Gard. Notamment, le RSI et le CHU de Nîmes ont participé à la 4^{ème} et dernière campagne. Le nombre de questionnaires passés sur l'ensemble des sites était de 590 pour la 1^{ère} campagne et de 1 464 pour la 4^{ème}.

La variation du nombre de repérages par institution ou service dépend de l'ancienneté de sa participation au BRSG, mais aussi de l'importance des publics rencontrés lors des campagnes et du nombre de professionnels mobilisés pour les réaliser.

Tableau 1 : Les campagnes de repérage

	Nb campagnes	Nb repérages	Nb renoncements	% renoncements	Effectifs des personnes reçues au moins une fois dans l'année par chaque Institution	Estimation du Nb de renoncants parmi les personnes reçues au moins une fois dans l'année
Accueil CPAM	4	723	239	33,1%	211 708	70 075
Centre d'examen de santé CPAM	4	888	182	20,5%	7 500	1 538
Service médical Assurance Maladie	4	144	59	41%	8 550	3 506
Service social CARSAT	4	545	243	44,6%	6 250	2 788
MSA	4	252	107	42,5%	64 905	27 585
Mutualité Française	3	772	157	20,3%	67 661	13 735
Conseil Général	3	286	103	36%	244 241	87927
CARMI	2	477	104	21,8%	24 030	5 239
CHU	1	272	146	53,7%	110 000	59 070
RSI	1	257	66	25,7%	12 100	3 110
Total		4 616	1 406	30,5%	756 945⁵	274 573

En tout, 4 616 repérages ont été effectués par les différentes institutions partenaires à l'issue des 4 campagnes.

Chaque campagne a été immédiatement suivie d'un travail de traitement et d'analyse statistique des données collectées. Ce travail a demandé l'utilisation de logiciels courants (Excel et Sphinx). Après vérification et correction des fiches, des analyses uni et multi-variées ont été réalisées ; ces dernières permettant de remarquer les possibles relations de significativité entre les variables. Les résultats ont été présentés sous forme d'un tableau de bord (série de tableaux et de graphiques) organisé selon des propositions faites par l'Odenore (chargé de sa réalisation) et arrêtées en Comité de pilotage du BRSG.

Placé sous l'égide de la direction de la CPAM, ce Comité a réuni régulièrement les représentants des différentes institutions et les chercheurs de l'Odenore afin d'examiner l'avancement du travail, de discuter les résultats intermédiaires et de préciser le déroulement de chacune des étapes. La coordination de l'ensemble du processus de travail a été assurée tout au long par Madame Deweine, responsable Communication Marketing à la CPAM du Gard.

1 – 2. Un repérage par recensement

Le BRSG rend compte du renoncement aux soins pour les publics accueillis par les institutions engagées dans la démarche. Il est représentatif de l'importance du renoncement pour ces publics, puisque les repérages ont été menés systématiquement auprès de toutes les personnes accueillies ou rencontrées par les professionnels au cours des campagnes. La méthode du BRSG est donc celle

⁵ Parmi ces 756 945 personnes, certaines ont pu être accueillies par plusieurs institutions partenaires du BRSG au cours de l'année.

du recensement. Par ailleurs, il a été demandé à chaque personne rencontrée si d'autres personnes au sein du ménage (conjoint(e), enfants) ont renoncé ou reporté des soins au cours de l'année.

De ce point de vue, le BRSG se distingue des autres enquêtes statistiques sur le phénomène. Celles-ci procèdent par sondage (des sondages qui sont d'ailleurs rarement sinon jamais des « sondages sur échantillon exhaustif », quand la taille de l'échantillon est supérieure à 1/7^e (environ 15%) de la taille de la population-mère). Dit autrement, la représentativité des données et donc des résultats du BRSG repose sur la méthode du recensement qui a été choisie.

Etant donné que la mesure porte sur les publics des institutions partenaires et non sur une population générale, et ainsi sur un éventail social plus large, il n'est pas étonnant d'obtenir avec le BRSG un taux de renoncements déclarés de 30,5%. Ce taux est supérieur à ceux obtenus dans les autres enquêtes populationnelles, qui indiquent des taux de renoncement aux soins de :

- 4% pour les consultations chez un généraliste et de 7% pour les consultations chez un dentiste parmi les personnes de 16 ans ou plus⁶.
- 15,4% pour la population adulte en 2008 en France⁷.
- 16,2% en 2012 pour la population métropolitaine âgée de 18 à 64 ans et 32,6% pour les personnes sans complémentaire santé⁸.
- 26% parmi les bénéficiaires majeurs des trois principaux régimes d'assurance maladie obligatoire questionnés par l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) en 2012⁹.
- 33% pour l'échantillon représentatif de la population générale pris en compte dans le 7^{ème} baromètre CAS pour Europe assistance en octobre 2013 (+ 6 points par rapport à 2012). Comme pour l'ESPS, ce baromètre questionne sur les renoncements pour raisons financières.

Comme le montre le Tableau 1, nous estimons que 274 573 personnes renoncent à des soins parmi les 756 945 personnes accueillies par les services participant au BRSG qui ont pu fournir des données sur les effectifs de leurs publics. Rappelons que la population totale du Gard est de 749 347 « *personnes légales du département du Gard* » selon les données 2011 de l'INSEE (voir Tableau 2)¹⁰. Ces données montrent, s'il le fallait, que le phénomène du renoncement à des soins n'est pas résiduel.

Ce qui est remarqué pour le département du Gard a de quoi questionner aussi à l'échelle nationale, même si le Gard est le 5^{ème} département (France métropolitaine) où le taux de pauvreté est le plus élevé : 11,7% de la population est en dessous du seuil de 50% du revenu médian, après la Seine Saint-Denis (en tête avec 14,5%) suivie de l'Aude (12,3%), des Pyrénées-Orientales (12%) et de la

⁶ Chaupain-Guillot S., Guillot G., Jankeliowith-Laval E., op. cit., 2014.

⁷ IRDES, « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », n° 170, Novembre 2011. <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf>

⁸ INSEE, Renoncement aux soins pour raisons financières, 18 décembre 2012.

http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/default.asp?page=dossiers_web/dev_durable/reconcement_soins_raisons_financieres.htm

⁹ IRDES, « L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Premiers résultats », *Questions de santé*, n° 198, mai 2014, p. 5.

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/198-l-enquete-sante-et-protection-sociale-esps-2012-premiers-resultats.pdf>

¹⁰ L'écart entre 749 347 (INSEE) et 756 945 personnes (BRSG) s'explique par le fait que des personnes accueillies par les institutions aient pu en fréquenter d'autres au cours de l'année, mais aussi par un possible accroissement de la population entre 2011 (année de référence de l'INSEE) et 2014 (année du BRSG).

Corse (11,7%) ; pour rappel le taux de pauvreté moyen en Métropole est de 7,8%¹¹. Précisons aussi que dans le Gard, Alès et Nîmes se classent parmi les 50 villes les plus pauvres (au regard du même indicateur)¹².

Regard complémentaire :

A l'étranger les taux de renoncement sont également élevés.

« En 2010, une enquête téléphonique réalisée dans le cadre de 11 pays industrialisés a permis de mettre en évidence que quelques 10% de la population interviewée en Suisse avaient renoncé au cours des douze derniers mois à des soins pour des raisons économiques¹³. Ceci a été corroboré par les enquêtes effectuées dans le cadre du Bus Santé de Genève en 2011, puis en 2012¹⁴ : en un an, sur le collectif interviewé de 765 hommes et 814 femmes âgés de 35 à 74 ans, 14.5% avaient renoncé aux soins pour des raisons économiques et dans 74% de ces situations il s'agissait d'un renoncement aux soins dentaires. Après trois ans de suivi, ce chiffre demeurait stable (13.8%). Enfin, une enquête qualitative auprès de 53 personnes dans des structures de soins de Grenoble, Genève et Lausanne, a permis de relever un certain nombre d'explications générales sur le renoncement aux soins, allant d'un défaut d'assurance maladie à la non-connaissance des aides sociales accordées pour financer des soins, l'absence de médecin traitant, des délais d'attente pour l'obtention des soins, voire l'impossibilité de s'arrêter de travailler¹⁵. Ce renoncement en Suisse mais aussi en France, s'inscrit dans un contexte de précarité et de renoncement aux soins plus globaux qui concerne notamment plusieurs pays de l'Europe Centrale et de l'Europe de l'Est (Bulgarie, Hongrie, Lituanie, Pologne, Roumanie et Ukraine)¹⁶. »

Bodenmann P., et al, « Renoncement aux soins : comment aborder cette réalité en médecine générale ? », Revue Médicale Suisse, 2014, p. 5, à paraître.

Un article récent dans la revue de l'INSEE, « Economie et statistique », recense les principaux travaux aux Etats-Unis et note l'impact de l'absence de couverture maladie.

Chaupain-Guillot S., Guillot G., Jankeliowith-Laval E., op. cit. 2014, p. 171.

1 – 3. La population recensée par le BRSG

Nota : *alors que le total de questionnaires passés et donc de repérages effectués est de 4 616, selon le nombre de réponses obtenues aux questions posées les effectifs peuvent être moindres. Cette remarque vaut pour l'ensemble des tableaux suivants.*

A) Les principales caractéristiques

Comparée à la population du Gard, la population du BRSG se différencie sur plusieurs plans :

- Dans la population du BRSG les femmes sont surreprésentées au regard de leur part dans la population du Gard : 58% vs. 52,8%.
- La proportion de personnes sans activité professionnelle au sens de l'INSEE (chômeurs n'ayant jamais travaillé, inactifs divers autres que retraités) est très élevée dans la population du BRSG : 33,9% vs. 18,5% pour la population du Gard.

¹¹ Observatoire des inégalités, « La pauvreté dans les départements », 2013.

<http://www.inegalites.fr/spip.php?article789>

¹² Observatoire des inégalités, « Villes riches, villes pauvres : le revenu des habitants », 2012.

http://www.inegalites.fr/spip.php?page=article&id_article=1663

¹³ Schoen C., Osborn R., Squires D. et al., "How health insurance design affects access to care and costs, by income, in eleven countries", *Health Aff* (Millwood), 2010, 29(12), pp. 2323-34.

¹⁴ Wolff H., Gaspoz J., Guessous I., "Health care renunciation for economic reasons in Switzerland", *Swiss Med Wkly*, 2011, 141:w13165. Guessous I., Gaspoz J.-M., Theler J.-M. et al., "High prevalence of forgoing healthcare for economic reasons in Switzerland: a population-based study in a region with universal health insurance coverage", *Prev Med*, 2012, 55(5), pp. 521-7.

¹⁵ Warin P., Chauveaud C., Mazet P. et al., « Ce que renoncer à des soins veut dire », Rapport de recherche pour l'IRESP, 2013.

¹⁶ Tambor M., Pavlova M., Rechel B. et al., "The inability to pay for health services in Central and Eastern Europe: evidence from six countries", *European journal of public health*, 2014, 24(3), pp. 378-85.

- La distribution territoriale de la population du BRSO diffère très largement de celle du Gard, notamment en ce qui concerne le territoire Cévennes-Aigoual (il a été choisi de découper le département du Gard en quatre zones qui reprennent le découpage utilisé par le Conseil général en Unités territoriales d'action sociale et d'insertion : Camargue Vidourle, Cévennes Aigoual, Uzège Gard Rhodanien, Grand Nîmes).

Tableau 2 : La population recensée

	Population du BRSO		Population du Gard	
	Nb	%	Nb	%
Féminin	2 663	58%	367 796	52,8%
Masculin	1 929	42%	341 904	48,2%
Sexe	4 592	100%	709 700 (1)	
Moins de 18 ans	64	1,4%	155 014	21,8%
De 18 à 24 ans	328	7,1%	53 752	7,6%
De 25 à 39 ans	955	20,8 %	122 190	17,2%
De 40 à 59 ans	1 870	40,7%	198 376	28,0%
Plus de 60 ans	1 379	30%	180 372	25,4%
Age	4 596	100%	709 704 (2)	
Autre (exemple : personne âgée chez ses enfants)	123	2,7%	7 620	2,5%
En couple avec enfants à charge	1 150	25,4%	82 807	27,3%
En couple sans enfant à charge	1 241	27,4%	85 876	28,3%
Seul-e-	1 555	34,3%	97 332	32,1%
Seul-e- avec enfants	464	10,2%	29 339	9,7%
Situation familiale	4 533	100%	302 974 (3)	
Agriculteurs exploitants	62	1,3%	5 451	0,9%
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	240	5,2%	25 790	4,4%
Autres personnes sans activité professionnelle	1 560	33,9%	107 600	18,5%
Cadres et professions intellectuelles supérieures	104	2,3%	35 174	6,1%
Employés	1 124	24,5%	95 633	16,5%
Ouvriers	245	5,3%	70 944	12,2%
Professions intermédiaires	87	2%	75 480	13,0%
Retraités	1 173	25,5%	165 125	28,4%
Catégorie socioprofessionnelle	4 595	100%	581 197 (4)	
Grand Nîmes	1 581	35,1%	183 512	24,5%
Camargue Vidourle	879	19,5%	196 452	26,2%
Uzège Gard Rhodanien	487	10,8%	174 313	23,3%
Cévennes - Aigoual	1 496	33,2%	195 070	26%
Autre département	64	1,4%		
Territoire	4 507	100%	749 347 (5)	

Rappel : les non réponses ont été supprimées.

(1) Source : INSEE RP 2010 exploitation principale.

(2) Source : INSEE RP 2010 exploitation principale.

(3) Source : INSEE, RP2009 exploitations complémentaires Ménages selon la structure familiale.

(4) Source : INSEE RP 2010 exploitation complémentaire Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle.

(5) Source : INSEE 2011 population légale du département du Gard.

B) La population du BRSO selon les territoires

L'importance statistique du renoncement relevé grâce au BRSO dépend donc des institutions impliquées dans la démarche et de certaines d'entre elles en particulier. L'analyse multi-variée qui a été réalisée à l'issue des 4 campagnes indique en effet une surreprésentation statistique des renoncants déclarés parmi les personnes repérées par la CARSAT et le CHU, et à l'inverse une sous-représentation des renoncants parmi celles identifiées par la Mutualité française et le centre d'examen de santé de l'Assurance maladie. Mais cette différence s'explique aussi par le choix des acteurs du BRSO de procéder à un nombre significatif de relevés sur les territoires ruraux, éloignés des grandes agglomérations du département.

Tableau 3 : Part de non renoncants et de renoncants selon les territoires

	Non renoncants		Renoncants		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Grand Nîmes	1 097	35,2%	479	34,8%	1 576*	35,1%
Camargue Vidourle	590	18,9%	287	20,8%	877*	19,5%
Uzège Gard Rhodanien	300	9,6%	186	13,5%	486*	10,8%
Cévennes Aigoual	1 090	35%	402	29,2%	1 492*	33,2%
Autre département	41	1,3%	23	1,7%	64	1,4%
Total	3 118	63,4%	1 377	30,6%	4 495*	100%

* Les différences qui peuvent être constatées avec le Tableau 2 où les effectifs sont plus élevés s'expliquent par les non réponses.

On le voit dans le Tableau 3, les personnes résidant dans le Grand Nîmes mais surtout sur le territoire des Cévennes Aigoual sont, en proportion, plus nombreuses. De fait, il n'est pas étonnant que les renonçants repérés par le BRSG résident d'abord le Grand Nîmes (34.8%), puis les Cévennes Aigoual (29.2%), ensuite la Camargue Vidourle (20.8%), enfin le territoire d'Uzèges Gard Rhodanien (13.5%).

Toutefois, la part de renonçants par territoire tend à indiquer un phénomène plus marqué dans la partie nord-est du département qui est surtout rurale (Uzège Gard Rhodanien). Cette répartition ne permet cependant pas de produire d'hypothèse particulière sur une possible (et relative) « asymétrie géographique » du renoncement aux soins selon les territoires, en fonction de leur urbanisation et leur densité d'offres de soins.

Tableau 4 : Part de non renonçants et de renonçants par territoire	Non renonçants		Renonçants		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Grand Nîmes	1 097	69,6%	479	30,4%	1 576*	100%
Camargue Vidourle	590	67,3%	287	32,7%	877*	100%
Uzège Gard Rhodanien	300	61,7%	186	38,3%	486*	100%
Cévennes Aigoual	1 090	73%	402	27,0%	1 492*	100%
Autre département	41	64%	23	36%	64	100%
Total	3 118	69,4%	1 377	30,6%	4 495*	100%

* Les différences qui peuvent être constatées avec le Tableau 2 où les effectifs sont plus élevés s'expliquent par les non réponses.

1 – 4. Une enquête qualitative

Les limites intrinsèques d'une approche par questionnaire ont conduit la CPAM du Gard à ajouter un volet qualitatif à la démarche du BRSG. La compréhension des situations, de leurs causes et de leurs conséquences, nécessite en effet plus que le questionnaire de repérage qui a été coproduit.

Pour répondre à ce besoin de connaissances utiles pour la compréhension du phénomène et pour l'action, 113 entretiens ont été réalisés par deux chargées de recherche recrutées pour cette mission par la CPAM, Mesdames Apolline Bolze et Liza Rives.

Les entretiens ont tenu compte d'un guide d'entretien (ANNEXE 2). Celui-ci a été bâti de façon à permettre une conduite des échanges dite « semi-directive », c'est-à-dire menée selon des orientations précises mais sans restreindre les entretiens à une série de questions prédéfinies. Le guide d'entretien visait donc à aborder plusieurs thèmes après une entrée en matière : une description du renoncement, son explication, les relations au médecin traitant et aux professionnels de santé en général, les conséquences du renoncement, les actions pour sortir de la situation, le niveau de précarité. Pour chaque thème, une liste indicative de questions a été préparée, assortie de consignes afin de mener au mieux les échanges avec les enquêtés.

Les entretiens ont été réalisés auprès de personnes qui avaient donné leur accord lors du passage du questionnaire et qui à ce moment là ont mentionné renoncer ou reporter des soins. En tout, 621 personnes sur 1 406 ayant déclaré renoncer ou reporter des soins ont donné leur accord.

Sur ces 621 renonçants, 113 ont été rencontrés (soit 18%) ; ce qui indique la significativité de l'enquête qualitative. Le choix des personnes s'est fait progressivement au vu des données de chacune des campagnes de repérage, de façon à diversifier les profils, les renoncements (types de soins et raisons), les lieux de résidence, mais aussi pour tenir compte des différentes institutions participant au BRSG. Le choix des enquêtés a été fait étape par étape, dans un souci d'équilibre sinon de représentativité.

Les personnes sélectionnées ont toutes confirmé leur accord lors de la prise de rendez-vous par les deux chargées de recherche.

Les entretiens ont eu lieu pour beaucoup dans les locaux des institutions partenaires ou au domicile des personnes, selon leur convenance. Rarement par téléphone. Ils ont été d'une durée moyenne de 45-60 minutes.

Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des personnes, puis retranscrits. Chaque entretien a donné lieu à la rédaction d'une synthèse de plusieurs pages, suivant une matrice définie à l'avance, demandant de procéder à : un résumé du profil, puis à la présentation à l'essentiel – mais en incluant des verbatim particulièrement significatifs – des situations de renoncement et de report de soins, des explications, des conséquences, et des actions pour sortir du renoncement/report. La construction de ce corpus a respecté l'anonymat des enquêtés.

L'ensemble de ces synthèses a donné lieu à une analyse par l'ODENORE, chargé de rédiger un document de synthèse, et à des analyses complémentaires par la direction de la CPAM, la coordinatrice de la démarche du BRSG et les chargées d'étude.

Le Comité de pilotage du BRSG a eu à discuter des versions successives du document produit par l'ODENORE.

2 - Sur la notion de renoncement

Avant toute chose, il convient de préciser le terme principal, celui de renoncement. Il s'agit de rappeler son usage dans les enquêtes sur la santé des populations et de préciser le sens qui lui est donné dans le BRSG.

2 – 1. Une « notion floue »

La notion de renoncement à des soins est usuelle dans les enquêtes visant à caractériser les rapports d'une population à la santé. En particulier, l'Enquête santé et protection sociale conduite par l'IRDES depuis 1988 demande régulièrement aux enquêtés si au cours des douze derniers mois ils ont renoncé à au moins un soin pour raisons financières. En questionnant des populations sur leur renoncement à des soins, il s'agit d'identifier des besoins de soins non satisfaits alors que les personnes en ressentent la nécessité. Ce questionnement est central pour mesurer les inégalités sociales de santé dès lors que des données sur l'accès à l'offre de soins sont rapportées à l'état de santé de personnes.

Malgré l'usage courant de la notion de renoncement à des soins dans les études à caractère épidémiologique, celle-ci reste une « notion floue ». Les chercheurs de l'IRDES en conviennent, qui ont tôt fait de souligner que renoncer à des soins ne signifie pas pour autant ne consommer aucun soin, attirant par là le regard sur le caractère relatif du renoncement. C'est du reste pour cette raison que l'Enquête ESPS a cherché à partir de 2010 à estimer le renoncement en fonction des types de soins concernés. Ces précisions sont évidemment utiles ; le BRSG en tient compte et en rend compte également, comme le montrent en particulier les 113 entretiens réalisés qui indiquent bien souvent combien le renoncement porte sur des préconisations de soins ou d'appareillages. Ainsi, nous nous en sommes tenus dès le départ à l'hypothèse suivante, que les résultats obtenus ont confirmée :

⇒ *Les personnes qui déclarent renoncer à des soins très généralement se soignent en partie.*

Cela étant, les précisions apportées aux questionnaires, quels qu'ils soient, ne permettent pas de tenir compte de toute la complexité du phénomène. Ainsi, grâce au croisement d'approches socio-anthropologiques et micro-économiques, des travaux qualitatifs menés également par l'IRDES rendent-ils compte du renoncement sous d'autres dimensions. En particulier, l'approche compréhensive du phénomène a permis d'introduire dans l'analyse les notions de renoncement dit *barrière* et de renoncement dit *refus*¹⁷. La première renvoie aux impossibilités diverses ; la seconde témoigne de préférences ou de désaccords. Ces formes de renoncement se retrouvent dans beaucoup des résultats du BRSG.

Ces brefs rappels permettent de souligner que la notion de renoncement est loin d'être une notion univoque pour les enquêtés et par conséquent unidimensionnelle dans l'analyse qui peut en être faite. Du coup, au lieu d'ignorer cette complexité, la démarche du BRSG a été au contraire d'en tenir compte en cherchant à définir plusieurs dimensions à partir desquelles il est possible de rendre compte sur différents plans de l'importance du phénomène. A cet égard, la construction du BRSG s'est faite en tenant compte d'une double distinction, d'une part entre renoncement et non-recours, et d'autre part entre renoncement et report.

¹⁷ Després C., « Le renoncement aux soins pour raisons financières, approche socio-anthropologique », *Etudes et recherches* n° 199, DREES, mai 2012.

2 – 2. Renoncement/Non-recours

Concernant la distinction entre renoncement et non-recours, il s'est agi de tenir compte du fait que par définition le renoncement est déclaratif. Il est question de besoins de soins perçus par les personnes, qu'elles considèrent ne pas satisfaire. Comme nous avons pu l'indiquer¹⁸, traditionnellement on demande aux personnes si elles ont renoncé à des soins sur une période donnée. Cela suppose qu'elles aient pris conscience d'un besoin de soins auquel elles auraient renoncé et que le système de santé soit susceptible d'y répondre : il s'agit par conséquent d'un besoin de soins identifié mais non satisfait.

15

En termes d'analyse, le renoncement renvoie donc en premier lieu à la question de l'identification du besoin de soins qui déclenche une *demande de soins*¹⁹. Pour entrer dans un parcours de soins, il faut en effet pouvoir qualifier un trouble comme symptôme supposant une prise en charge médicale. Or, ce travail de qualification et d'interprétation met en jeu toute la culture du corps des individus : la manière dont le rapport au corps est socialisé, la manière dont la santé est valorisée, la manière de se représenter la maladie, le système de prise en charge, les soins ou le milieu médical sont ici déterminants. Mais il faut aussi donner à ce symptôme une certaine priorité dans les actions à entreprendre pour soi dans une situation de vie spécifique.

De son côté, la notion de non-recours à des soins renvoie à un besoin de soins avéré sur le plan médical, mais non satisfait. On n'est plus dans l'ordre du déclaratif mais dans celui du normatif, puisque le non-recours est établi au regard de ce qui est considéré du point de vue médical (à partir de l'état de connaissances de la médecine) comme un état de santé non traité médicalement.

Les deux notions ne se superposent pas nécessairement : les « renonçants » ne sont pas systématiquement des « non-recourants ». Cette remarque est essentielle. Elle permet de noter l'existence de deux situations paradoxales :

- Une personne déclare renoncer à des soins, pourtant du point de vue médical elle n'a pas besoin de ces soins : Renoncement (Re) mais pas Non-recours (NR).
- Une personne ne déclare pas renoncer, pourtant du point de vue médical son état de santé nécessite des soins : pas de Renoncement (RE) mais Non-recours (NR)

L'une des particularités et par conséquent l'un des intérêts du BRSG est d'avoir cherché lors du repérage des situations de renoncement à les caractériser en termes de non-recours. Cela a été possible en introduisant un module de questions à destination des professionnels de santé impliqués dans les campagnes de repérage (médecins du centre d'exams de santé et du service médical de l'Assurance maladie, des centres de santé Filiaris et des centres de santé mutualistes). Ce module de questions a été évidemment construit de façon à respecter la confidentialité de l'information médicale.

En procédant ainsi, l'approche du BRSG ouvre une perspective inédite. Même si elle reste expérimentale, son intérêt est de permettre de vérifier autant que possible la réalité médicale des besoins de soins que les personnes disent ne pas satisfaire. Si cette distinction entre renoncement et

¹⁸ Warin P, « Renoncement à des soins et précarité », in Actes du colloque *Renoncement aux soins* du 22 novembre 2011, organisé par la DREES et la Direction de la Sécurité sociale.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/actes_renoncement_soins_2012.pdf

¹⁹ Faizang S., *Pour une anthropologie de la maladie en France, un regard africaniste*, Paris, Editions de l'EHESS, 1989. Parizot I., « Trajectoires sociales et modes de relations aux structures sanitaires », in Lebas J. et P. Chauvin (dir.), *Précarité et santé*, Paris, Flammarion, 1998, pp. 33-43.

non-recours a été dès le départ proposé par l'Odenore, c'est aussi en fonction d'un autre objectif d'étude à terme, celui d'estimer le coût du renoncement. Dès lors que la comparaison renoncement/non-recours serait peu discordante, l'hypothèse de travail pourrait être faite qu'en procédant à des enquêtes sur le renoncement suffisamment détaillées sur les types de soins et l'ancienneté du manque de soins, il serait possible d'estimer le coût supplémentaire que représenterait une prise en charge tardive de ces besoins de soins.

2 – 3. Renoncement/ Report

Selon l'acception générale du terme, un renoncement signifie une situation durable, sinon définitive ou irréversible. Le sens premier est donc fort, si bien que l'usage du mot renoncement est délicat lors des enquêtes. Ce n'est pas un hasard si bien souvent d'autres termes sont employés pour atténuer le sens immédiat, nomment celui de report.

La préparation de la fiche de repérage a donné lieu à des débats à ce propos. Au final, les termes de renoncement et de report ont été retenus dans la formulation de la question maîtresse. Ce choix repose sur l'idée que si les personnes sont conduites en tout état de cause (par contrainte ou par choix, pour reprendre la distinction précédente entre renoncement barrière et renoncement refus) à ne pas satisfaire des besoins de soins qu'elles éprouvent, leur intention ou leur souhait peut être d'y répondre dès que possible. On considère ainsi que les personnes sont dans une situation de report et non de renoncement dès lors que les soins ne paraissent pas durablement ou définitivement hors de portée.

Il aurait été certainement préférable de distinguer les termes et les questions dans le questionnaire. Mais cela n'était pas possible dans la mesure où l'outil devait être impérativement concis de façon à pouvoir être mis en œuvre par les professionnels dans leurs pratiques courantes.

Cela étant, le volet qualitatif du BRSG, au travers des entretiens semi-directifs, a permis de préciser les choses et de percevoir la nuance entre renoncement et report. Sur ce plan, l'apport principal du BRSG est de montrer la différence de nature entre renoncement et report. Alors que les deux termes sont généralement comparés par rapport à une durée supposée et constituent les deux bornes d'un continuum de situations possibles, les entretiens permettent en effet de les distinguer. Si le report est bel et bien perçu par les personnes comme une situation problématique de laquelle ils croient (ou veulent croire) pouvoir sortir tôt ou tard, le renoncement apparaît comme le comportement d'une personne qui a pris compte du fait d'être sortie durablement voire définitivement de la possibilité de bénéficier de l'offre de soins délivrés par le système de santé. Aussi, le BRSG conduit-il à parler du renoncement à la fois comme situation et comme comportement.

Cette remarque est fondamentale. Elle apporte la définition suivante du renoncement :

⇒ *Le renoncement à des soins est le comportement produit par l'impossibilité d'accéder à des actes de soins reconnus au moment et tant que le besoin est ressenti.*

Aussi, parlerons-nous tout au long du rapport de renoncement de façon générale pour décrire et caractériser les situations de non satisfaction de besoins de soins ressentis. Mais nous considérerons qu'il y a renoncement dès lors que les personnes se trouvent en tout état de cause dans l'impossibilité durable ou définitive d'accéder à l'offre de soins dont elles auraient besoin.

L'organisation du rapport tient compte de cette définition en concentrant dans un chapitre final, intitulé *Le renoncement comme comportement intégré*, les observations qui vont au-delà des descriptions de situations.

Pour les acteurs du BRSO comme pour tous ceux qui veulent agir sur le phénomène, ce ne sont pas les mêmes enjeux à traiter selon qu'il s'agit de traiter de situations ou d'agir sur des comportements. Le renoncement/situation renvoie au bien-être des personnes sur le plan de la santé et à ses multiples incidences, tandis que le renoncement/comportement interroge le sens même de la notion de protection sociale, et pose la question de la cohésion sociale ou du « faire société » quand des personnes n'accèdent pas ou plus comme d'autres aux professionnels du système de santé.

3 - Les renonçants

Ce chapitre présente les caractéristiques sociales des renonçants. Il montre qu'il s'agit bien souvent de familles dans la mesure où le phénomène impacte plusieurs membres d'un même ménage au sens de l'INSEE²⁰. Il indique aussi en quoi les personnes qui renoncent sont modestes.

3 – 1. Des familles, pas seulement des personnes

Le profil des renonçants diffère quelque peu de celui des non renonçants : ce sont davantage des femmes (62,9% des renonçants vs. 58% pour l'ensemble des enquêtés), le plus souvent dans la tranche d'âge des 40-59 ans (45,4% des renonçants), majoritairement seul(e)s ou seul(e)s avec enfants (50,9% des renonçants). On peut également noter que les plus de 60 ans seraient relativement mieux préservés du renoncement aux soins. Cela dit, le phénomène du renoncement ne paraît pas particulièrement corrélé à ces critères de genre, d'âge ou de situation familiale (faible significativité des relations statistiques).

En revanche, le renoncement se présente assez nettement comme un phénomène « familial » (au sens où il peut aussi impacter des enfants à charge) : 34,4% des renonçants déclarent un autre renonçant dans la famille. C'est le cas pour 5,2% des non renonçants.

Au-delà de cette statistique, la quantification des données produites par les entretiens précise la dimension familiale du renoncement. Dans 36 entretiens sur 80 (déduction faite des 33 enquêtés vivant seuls), donc près de la moitié, les enquêtés signalent une ou plusieurs autres personnes en renoncement. Or parmi ces 36 enquêtés, 27 ont un ou plusieurs enfants (il y a aussi exactement 27 autres enquêtés qui ont des enfants mais qui déclarent un renoncement pour eux seuls). Aussi, le renoncement apparaît-il en partie comme une situation partagée au sein des familles.

Tableau 5 : Comparaison des profils des non renonçants et renonçants

	Non renonçants		Renonçants		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Féminin	1 776	55,8%	880	62,9%	2 656*	58%
Masculin	1 404	44,2%	520	37,1%	1 924*	42%
Sexe	3 180	100%	1 400	100%	4 580*	100%
Moins de 18 ans	47	1,5%	17	1,2%	64	1,4%
De 18 à 24 ans	240	7,5%	88	6,3%	328	7,2%
De 25 à 39 ans	622	19,5%	330	23,6%	952*	20,7%
De 40 à 59 ans	1 229	38,6%	635	45,4%	1 864*	40,7%
Plus de 60 ans	1 045	32,9%	330	23,5%	1 375*	30%
Age	3 183	100%	1 400	100%	4 583*	100%
Autre (exemple : personne âgée chez ses enfants)	100	3,2%	22	1,60%	122*	2,7%
En couple avec enfants à charge	802	25,6%	346	25%	1 148*	25,3%
En couple sans enfant à charge	925	29,5%	312	22,5%	1 237*	27,4%
Seul-e-	1 033	32,9%	516	37,3%	1 549*	34,3%
Seul-e- avec enfants	276	8,8%	188	13,6%	464	10,3%
Situation familiale	3 136	100%	1 384	100%	4 520*	100%
Oui	140	5,2%	442	34,4%	582	14,6%
Non	2 562	94,8%	844	65,6%	3 406	85,4%
Autre personne du foyer qui ont renoncé à des soins ?	2 702	100%	1 286	100%	3 988	100%

* Les différences qui peuvent être constatées avec le Tableau 2 où les effectifs sont plus élevés s'expliquent par les non réponses.

²⁰ Selon l'INSEE, est considéré comme un ménage l'ensemble des personnes (apparentées ou non) qui partagent de manière habituelle un même logement (que celui-ci soit ou non leur résidence principale) et qui ont un budget en commun.
<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/menage-eng-menages.htm>

Un autre signe du caractère familial du phénomène est le fait que bon nombre de parents qui déclarent renoncer eux-mêmes à des soins cherchent à tout prix à éviter cette privation à leurs enfants. En l'espèce, les entretiens rendent compte d'une *parentalité active* lorsque les enquêtés disent clairement donner (ou avoir donné) la priorité à leurs enfants. Parmi les 54 enquêtés ayant un ou plusieurs enfants, 30 le soulignent avec force²¹, même si parfois ils sont contraints de faire des choix également pour leurs enfants et de renoncer ou de reporter certains soins, notamment spécialisés présentant apparemment une certaine urgence ou gravité (notamment en pédiatrie, orthodontie, orthopédie).

La solidarité se retrouve aussi dans des cas de report dus au choix de la personne de s'occuper en priorité de la santé de son/sa conjoint(e) ou d'un proche. C'est par exemple le cas de cette femme qui « repousse » de nombreux soins pour elle, car se soigner pourrait la rendre moins disponible pour s'occuper de son mari atteint d'un cancer (57 - nous indiquons par la suite de cette façon les n° des synthèses d'entretien). Ce cas est intéressant dans la mesure où le report de soins est aussi significatif d'un mécanisme de *déprise*²² chez cette femme âgée de 78 ans. Phénomène qui se retrouve chez d'autres personnes âgées qui parfois acceptent de se passer de certains soins, vu leur âge, pour en préserver d'autres jugés indispensables (58).

Il y a aussi le cas de familles aux moyens limités, qui développent une solidarité envers les grands-parents (13, 15) ou qui organisent une logique du recours aux soins qui est censée bénéficier à toute la famille (c'est le cas de la consultation et de l'achat de médicaments pour l'un des enfants qui seront prescrits et partagés avec les autres) (15, 45). Nous reviendrons sur ce type de comportement.

La solidarité vient aussi des enfants. Certains renoncent pour ne pas être à la charge de leurs parents (4, 7, 19, 54), pour éviter qu'ils ne se privent davantage. On a alors à faire à un processus dit de *parentification* ou de *parentalisation*²³. Mais parfois le renoncement des jeunes s'explique par le manque d'assistance et d'éducation de la part des parents (12). Ici, c'est un manque de parentalité qui conduit à un renoncement quasi-habituel.

Les synthèses d'entretiens apportent un autre cas de figure, celui d'une mère isolée qui renonce, pour elle et ses enfants, à tout examen ou consultation qui provoque chez elle une peur du diagnostic (22). Dans ce cas, le renoncement est transmis dans la famille. Il est considéré ici comme une façon de se protéger du malheur (dimension religieuse explicite).

3 – 2. Des ménages modestes

²¹ Se reporter aux synthèses d'entretiens n° : 1, 4, 6, 8, 11, 17, 21, 25, 26, 38, 43, 45, 47, 53, 55, 62, 63, 64, 72, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 90, 92, 109, 110, 111.

²² La « déprise » est une notion qui est utilisée en sociologie de la vieillesse et qui a été proposée par Jean-François Barthe, Serge Clément et Marcel Druhle en 1988 (Barthe J.-F., Clément S., Drilhe M., « Vieillesse ou vieillissement? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées », *Les Cahiers de la recherche sur le Travail Social*, 1988 n°15, Caen, p.11- 31). Celle-ci a par la suite été reprise et utilisée notamment par Vincent Caradec. Ce dernier la définit comme suit : « la déprise désigne le processus de réorganisation des activités qui se produit au cours de l'avancée en âge, au fur et à mesure que les personnes qui vieillissent doivent faire face à des contraintes nouvelles » (Caradec V., « L'épreuve du grand âge », *Retraite et société*, 2007/3 n°52, p.11-37).

²³ En psychosociologie, cette notion signifie « un processus relationnel interne à la vie familiale qui amène un enfant ou un adolescent à prendre des responsabilités plus importantes que ne le voudraient son âge et sa maturation dans un contexte socioculturel et historique précis et qui le conduit à devenir un parent pour ses (ou son) parent », J.-F. Le Goff, 1999, *L'enfant parent de ses parents : parentification et thérapie familiale*, Paris, L'Harmattan.

Les résultats statistiques du BRSO indiquent que plus du tiers des renonçants sont, au sens de l'INSEE, des personnes sans activité professionnelle, autres que des retraités.

Même si dans la population du BRSO peu de personnes sont agriculteurs exploitants, on note néanmoins une proportion plus importante de renonçants dans cette catégorie socioprofessionnelle que chez les autres : il y a 1 renonçant pour à peine 1.5 non-renonçant. Ce rapport est de 1 à 2 pour les personnes sans activité professionnelle (autres que des retraités) et il est de 1 à 4 pour les cadres et professions intellectuelles supérieures.

Par ailleurs, les renonçants sont surreprésentés parmi les employés et les personnes sans activité professionnelle, et à l'inverse ils sont sous-représentés parmi les retraités comme parmi les ouvriers.

Tableau 6 : Comparaison des non renonçants et renonçants selon les catégories socioprofessionnelles

	Non renonçants		Renonçants		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Agriculteurs exploitants	37	1,2%	25	1,8%	62	1,4%
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	169	5,3%	69	4,9%	238*	5,2%
Autres personnes sans activité professionnelle	1 038	32,6%	518	37%	1 556*	34%
Cadres et professions intellectuelles supérieures	83	2,6%	21	1,5%	104	2,3%
Employés	724	22,7%	397	28,4%	1 121*	24,5%
Ouvriers	190	6%	55	3,9%	245	5,3%
Professions intermédiaires	65	2%	22	1,6%	87	1,8%
Retraités	877	27,6%	293	20,9%	1 170*	25,5%
Total	3 183	100%	1 400	100%	3 125*	100%

* Les différences qui peuvent être constatées avec le Tableau 2 où les effectifs sont plus élevés s'expliquent par les non réponses.

La quantification produite à partir des 113 entretiens indique en même temps que plus de 90% des enquêtés sont *précaires* ou *très précaires* selon le score EPICES (score de précarité des Centres d'examens de santé financés par l'Assurance maladie)²⁴, avec pour les très précaires (66 enquêtés sur 113) des scores souvent élevés (le maximum de 100 pour l'enquêté 20) (ANNEXE 3). A l'opposé, un enquêté a un score EPICES égal à 0 (27)²⁵.

On aperçoit ici la particularité des renonçants repérés lors des campagnes et enquêtés lors des entretiens. La population du BRSO est, rappelons-le, représentative des publics accueillis par les institutions partenaires. Cela étant, il faut se garder d'accoler aussitôt renoncement à des soins à pauvreté et a fortiori à exclusion. Les 113 entretiens montrent en effet que :

- 24 personnes précaires ou très précaires et 1 non précaire selon le score EPICES signalent des problèmes d'endettement (notamment pour de l'immobilier) : les difficultés financières ne sont donc pas dues qu'à de faibles revenus.

Précisons aussitôt à l'appui de quelques entretiens (ex : 81) que le fait d'être propriétaire de son logement ne sécurise pas nécessairement sur le plan financier. Outre des impôts supplémentaires qui grèvent davantage le budget des ménages, le statut de propriétaire peut empêcher l'accès à certaines aides financières alors même que les personnes disposent de revenus modestes.

²⁴ CETAF, « Le score EPICES : l'indicateur de précarité des Centres d'examen de santé financés par l'assurance maladie ». <http://gemsto.free.fr/gemstoprecarite18dec07epicescalcul.pdf>

²⁵ Le score varie de 0 à 100 : 0 = absence de précarité, 100 = précarité la plus élevée. Un score < 30.17 est non précaire EPICES, ≥ 30.17 est précaire, ≥ 48.52 = très précaire.

- 17 enquêtés précaires ou très précaires et 1 non précaire annoncent des difficultés en matière de droits sociaux, qui sont perdus, interrompus ou en attente : les difficultés financières peuvent ainsi provenir d'un manque à percevoir en prestations sociales, sachant qu'aujourd'hui en France les aides financières représentent en moyenne près de 35% du revenu brut disponible des ménages.

La caractérisation des renonçants en fonction de la composition des ménages, des revenus disponibles²⁶ et des restes pour vivre²⁷ indiqués ou estimés lors des entretiens confirme cependant la modestie de leurs ressources financières (ANNEXE 4). Toutefois, les données issues des entretiens doivent être interprétées avec prudence. La fiabilité des données apportées lors des entretiens et par conséquent le calcul avec exactitude du revenu disponible des ménages ne sont pas assurés. Nous préférons donc parler de *revenus disponibles estimés*. De plus, nous nous sommes référé à la grille « *Revenu disponible correspondant au seuil de pauvreté 2011 selon le type de ménage* » de 2011 de l'INSEE²⁸ (il n'existe pas à notre connaissance d'éléments plus récents). Cela étant, 66 entretiens sur 113 renvoient à des personnes qui sont très probablement en dessous du seuil de pauvreté monétaire²⁹. Puisque dans 13 cas nous ne disposons pas de données suffisantes pour établir cette estimation, c'est donc 66% des enquêtés par entretien (tous ont déclaré renoncer à des soins) qui seraient en situation de pauvreté monétaire. A titre de comparaison, rappelons qu'avec un taux de pauvreté fixé à 60% du niveau de vie médian, ce sont 14,3% des personnes qui sont pauvres en France (soit 8,7 millions)³⁰.

²⁶ Selon les définitions de l'INSEE. Source : INSEE, « Prestations sociales ».

<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/prestations-transf-sociales.htm>

²⁷ Idem.

²⁸ INSEE, « Revenu disponible correspondant au seuil de pauvreté 2011 selon le type de ménage ».

http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon04410

²⁹ « Un individu (ou un ménage) est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le *niveau de vie* est inférieur au seuil de pauvreté. L'Insee, comme Eurostat et les autres pays européens, mesure la pauvreté monétaire de manière relative alors que d'autres pays (comme les États-Unis ou le Canada) ont une approche absolue. Dans l'approche en termes relatifs, le seuil de pauvreté est déterminé par rapport à la distribution des *niveaux de vie* de l'ensemble de la population. Eurostat et les pays européens utilisent en général un seuil à 60 % de la médiane des niveaux de vie. La France privilégie également ce seuil, mais publie des taux de pauvreté selon d'autres seuils (40 %, 50 % ou 70 %), conformément aux recommandations du rapport du CNIS sur la mesure des inégalités. »

INSEE, « Pauvreté monétaire ». <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/pauvrete-monetaire.htm>

³⁰ Observatoire des inégalités, La pauvreté en France, octobre 2013, <http://www.inegalites.fr/spip.php?article270>

4 - Les besoins de soins non satisfaits

Cette partie vise à présenter les types de soins non satisfaits et à caractériser les conséquences du renoncement.

Nous l'avons dit plus haut, renoncer à des soins ne signifie pas pour autant ne consommer aucun soin. Ainsi, les chercheurs de l'IRDES ont-ils raison de rappeler que le renoncement est avant tout corrélé à une moindre consommation de soins³¹. Le BRSO apporte une confirmation explicite au sens où renonçants et non renonçants consultent autant un médecin en l'espace d'un semestre.

22

Tableau 7 : Médecin traitant, dernière consultation et état de santé perçu	Non renonçants		Renonçants		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Ne sais pas	9	0,3%	8	0,6%	17	0,4%
non	65	2%	67	4,8%	132	2,9%
Oui	3 101	97,7%	1 329	94,6%	4 430	96,7%
Médecin traitant	3 175	100%	1 404	100%	4 579	100%
Au cours des 6 derniers mois	2 722	85,8%	1 153	82,4%	3 875	84,7%
Entre 6 mois et 1 an	272	8,6%	129	9,2%	401	8,8%
Entre 1 an et 2 ans	99	3,1%	67	4,8%	166	3,6%
Depuis plus de 2 ans	80	2,5%	51	3,6%	131	2,9%
Dernière consultation chez un médecin	3 173	100%	1 400	100%	4 573	100%
Très bon	434	13,6%	87	6,2%	521	11,4%
bon	1 307	41,3%	447	31,9%	1 754	38,4%
Moyen	1 080	34,1%	592	42,3%	1 672	36,6%
Mauvais	281	8,9%	217	15,5%	498	10,9%
Très mauvais	65	2,1%	57	4,1%	122	2,7%
Etat de santé général perçu	3 167	100%	1 400	100%	4 567	100%

Dit autrement, le renoncement – a fortiori s'il s'agit pour les personnes plutôt d'un report de soins – ne s'apparente en aucun cas (ou bien exceptionnellement) à une privation totale de soins. Aucun des 113 entretiens n'a permis de rencontrer une personne qui serait totalement écartée du moindre accès à un soin.

Par conséquent, le BRSO n'apporte pas d'éléments de présomption d'une éventuelle exclusion du droit à la santé, malgré les très grandes difficultés d'un certain nombre de personnes pour se soigner. Pour autant, dans la mesure où notre Constitution reconnaît *le droit à la santé* parmi *les droits sociaux*³², les personnes qui renoncent à des soins (pour des raisons subies, comme il apparaît dans

³¹ Célant N., Dourgnon P., Guillaume S., Pierre A., Rocherau T., Sermet C., « L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Premiers résultats », *Questions d'économie de la santé*, n° 198, mai 2014, p. 5.

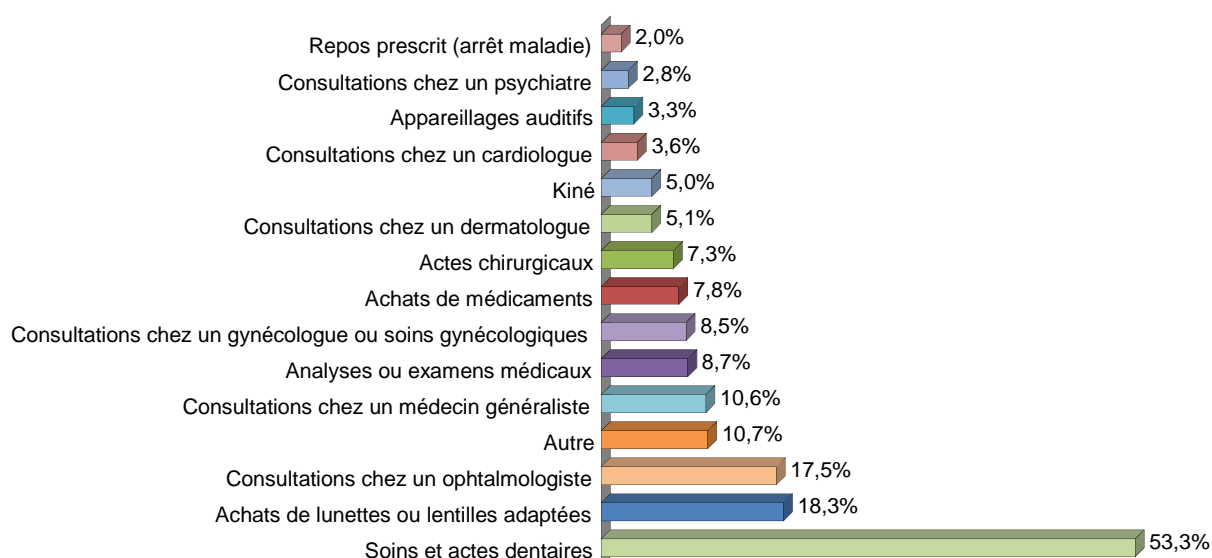
³² « Les droits sociaux englobent des droits de type classique (droit de grève et liberté syndicale), mais également des droits à prestations de la part de la collectivité, dits droits-créances (droit d'obtenir un emploi, droit à la santé, à la sécurité matérielle, au repos et aux loisirs, droit à l'instruction, à la formation professionnelle et à la culture, droit à l'égalité et à la solidarité devant les charges qui résultent des calamités naturelles, droit de l'individu et de la famille à bénéficier des conditions nécessaires à leur développement) et des droits-participations (participation des travailleurs à la détermination collective des conditions de travail ainsi qu'à la gestion des entreprises). Ils sont reconnus par le Préambule de 1946 en tant que « principes sociaux particulièrement nécessaires à notre temps » et complétés dans ce même texte par des principes politiques et économiques également considérés comme tels (droit d'asile, égalité des femmes et des hommes, nationalisation des services publics nationaux et des monopoles de fait). Les droits-créances bénéficient également aux étrangers dont la résidence en France est stable et régulière. » - Source : site Internet du Conseil constitutionnel.

les entretiens) voient leur droit à la santé en partie non réalisé et se retrouvent donc dans une situation d'exclusion partielle au regard de la définition que donne le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE) de l'exclusion sociale : « *le concept d'exclusion sociale dépasse celui de pauvreté puisqu'il correspond à la non-réalisation des droits sociaux de base garantis par la loi* »³³.

4 – 1. De multiples besoins de soins

Les données statistiques du BRSG montrent que le renoncement porte essentiellement sur les soins et actes dentaires : c'est le cas pour 53,3% des renonçants. Mais 37,5% renoncent à des spécialistes : gynécologue, ophtalmologue, psychiatre, cardiologue, dermatologue. Par ailleurs, 18,3% déclarent renoncer à l'achat de lunettes ou de lentilles adaptées et 17,5% à des consultations chez un ophtalmologiste. En même temps, 10,6% déclarent renoncer à des consultations chez un médecin généraliste et autant (10,7%) à des soins spécifiques, allant par exemple de l'achat de semelles orthopédiques à des soins de cure.

**Graphique 1 : Les renoncements par types de soins
(% de renonçants, plusieurs renoncements possibles)**



Notons que selon l'Enquête ESPS de 2012, « *le renoncement aux soins dentaires pour raisons financières concerne 18% des bénéficiaires de l'Assurance maladie âgés d'au moins 18 ans, 10% pour les soins d'optique, 5% pour les consultations de médecins et 4% pour les autres types de soins* »³⁴.

Souvent les personnes déclarent renoncer à plusieurs soins, comme le montre le Graphique 1 (c'est pour cela que le total est supérieur à 100%). Le renoncement est donc cumulatif au sens où il porte sur plusieurs besoins non satisfaits. Au moment du repérage, les 1 406 renonçants déclarent renoncer en tout à 2 314 soins, soit en moyenne près de deux besoins de soins non satisfaits par personne. Les entretiens montrent cependant que le renoncement porte bien souvent sur un

³³ Lien : <http://www.cnle.gouv.fr/La-pauvrete-et-l-exclusion-sociale.html>

³⁴ IRDES, « L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Premiers résultats », *Questions de santé*, n° 198, mai 2014, p. 5.
<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/198-l-enquete-sante-et-protection-sociale-esps-2012-premiers-resultats.pdf>

nombre de soins plus important, alors même que souvent les renonçants ont de multiples problèmes de santé parfois graves et/ou anciens. Autrement dit, si les personnes ne sont pas dans un renoncement total, ne satisfaisant aucun de leurs besoins, un grand nombre cumule toutefois plusieurs privations en matière de santé.

Le BRSG apporte également des précisions sur l'importance du renoncement selon l'âge, la situation familiale et la catégorie socioprofessionnelle des personnes (ANNEXE 5).

A chaque tranche d'âge, le renoncement porte plus particulièrement sur un type de soins. Ainsi :

- Le renoncement à l'achat d'appareils auditifs et lunettes ou lentilles adaptées est surreprésenté parmi les 60 ans et plus : pour l'un et l'autre de ces deux types de soins, les personnes de cette tranche d'âge représentent respectivement 55,1% et 55,6% des renonçants. A noter que cette tranche d'âge arrive en tête pour ce seul type de soins. Pour tous les autres types de soins, ce sont les personnes de 40-59 ans qui constituent le principal groupe de renonçants (mais elles sont les plus nombreuses dans la population du BRSG), avec toutefois des écarts notables : les 40-59 ans représentent 39,7% des renonçants à des consultations chez un dermatologue mais 59,4% de ceux qui renoncent à un arrêt maladie prescrit.
- Les femmes de 40 à 59 ans représentent 40,8% des renonçantes à des consultations ou des soins gynécologiques, mais le phénomène est surreprésenté chez les femmes de 25-39 ans. En même temps, les groupes des femmes en couple avec enfants à charge et des femmes vivant seules représentent chacun 28,8% des renonçantes, alors que les femmes seules avec enfants constituent 20,8% du total de celles qui déclarent renoncer à ce type de soins.

Ici, les entretiens montrent des renoncements souvent anciens, expliqués, outre les raisons financières, parfois par une certaine négligence et souvent par une hiérarchie nécessaire des besoins de soins pour elles, leur conjoint ou leurs enfants, qui relèguent ces consultations au second plan. Quelques cas questionnent sur le manque de vigilance des médecins traitants (qui peuvent aussi pratiquer des soins gynécologiques), alors que les femmes présentent certains risques.

Les personnes vivant seules renoncent plus que les autres à tous les types de soins, sauf pour les soins gynécologiques et pour les repos prescrits. Mais l'importance du renoncement varie selon le type de soins : les renonçants aux soins qui vivent seuls renoncent pour 41,8% à consulter un cardiologue et pour 33,3% à des soins de kinésithérapie. A l'inverse, quel que soit le type de soins, les couples sans enfant à charge renoncent moins que les autres.

Selon les catégories socioprofessionnelles, on aperçoit la prépondérance des personnes sans activité professionnelle parmi les renonçants, sauf pour les appareillages auditifs, où les renonçants sont à 53,1% des retraités et pour les consultations d'un cardiologue où ce sont d'abord des employés (34,5%). En même temps, les renonçants à du repos prescrit sont à 59,4% des employés.

Les personnes qui renoncent à l'achat de médicament sont à 42,4% des personnes sans activité professionnelle et les femmes qui renoncent à des consultations ou des soins gynécologiques sont à 45,6% des femmes sans activité professionnelle. Le type de soins pour lequel cette catégorie socioprofessionnelle est la moins représentée est l'achat de lunettes ou de lentilles adaptées, puisque les personnes sans activité professionnelle représentent 28,9% des renonçants en question. Cela étant, nous verrons plus loin en parlant du renoncement comme comportement intégré que cela peut s'expliquer par le fait que les plus modestes renoncent durablement ou définitivement à ce type d'appareillage pour se rabattre sur des lunettes-loupe.

4 – 2. Des renoncements différenciés selon la couverture maladie

Evidemment, l'absence de complémentaire pénalise fortement les personnes : 50,4% des personnes sans complémentaire renoncent à des soins, alors que c'est le cas de 29% des bénéficiaires de la CMU-C et de 27,7% des bénéficiaires d'une complémentaire sans ACS ; les bénéficiaires de l'Aide médicale d'Etat (AME) mis à part vu le très petit effectif. En revanche, l'ACS ne protège pas particulièrement du renoncement, puisque 43,6% de ses bénéficiaires déclarent renoncer ou reporter des soins. Ce résultat confirme le fait que le phénomène pénalise pour beaucoup des ménages modestes, vivant au-dessus des seuils ouvrant droit aux minima sociaux.

De son côté, le Centre technique, d'appui et de formation des centres d'examen de santé financés par l'Assurance maladie (CETAF) avait estimé en 2011 à « 36,6% les bénéficiaires de la CMU-C qui ont renoncé à des soins pour des raisons financières au cours de l'année écoulée. Et 23,8% des bénéficiaires du dispositif ont renoncé pour d'autres motifs, notamment 12,8% à cause d'obstacles liés à la responsabilité du professionnel de santé. »³⁵

Tableau 8 : La complémentaire santé	Non renonçants		Renonçants	
	N	%	N	%
Ne sais pas si a une complémentaire	27	72,8%	12	27,2%
Pas de complémentaire	191	49,6%	194	50,4%
AME	9	81,8%	2	18,2%
CMU-C	758	71%	310	29%
Autre CS avec ACS	162	56,4%	125	43,6%
Autre CS sans ACS	2 016	72,8%	754	27,2%
Total	3 163	69,4%	1 397	30,6%

Cela étant, des variations selon la couverture maladie apparaissent d'un type de soin à l'autre (ANNEXE 6).

Tableau 9 : Principaux besoins de soins non satisfaits selon la complémentaire santé	Soins et actes dentaires	Achats lunettes et lentilles	Consultations de spécialistes	Consultations de généralistes
Ne sais pas si a une complémentaire	27,8%	5,6%	11,1%	11,1%
Pas de complémentaire	29,8%	8,5%	21,2%	9,4%
CMU-C	33,0%	8,1%	21,9%	8,6%
Autre CS avec ACS	33,6%	14,3%	23,3%	4,5%
Autre CS sans ACS	33,1%	12,5%	23,2%	5%
Total	32,5%	11,1%	20,8%	6,4%

Les taux sont établis sur le total des observations, soit le nombre de besoins de soins non satisfaits cités par les renonçants classés selon leur complémentaire santé.

Ici les résultats présentent l'importance (en %) de chaque type de soins dans le total des « observations » par renonçants (nombre de besoins de soins non satisfaits cités). Ces observations portent comme ici sur les besoins de soins cités ou – nous le verrons plus loin – sur les raisons du renoncement évoquées par chaque renonçant.

³⁵ Alternatives économiques, n° 307, novembre 2011.

Nous avons dit plus haut que les 1 406 renonçants ont déclaré renoncer en tout à 2 314 soins : le total des observations est donc de 2 314. Par conséquent, les résultats présentés dans les Tableaux suivants – 9, 10 et 11 – portent sur la part des soins et actes dentaires, achats de lunettes et lentilles adaptées, consultations de spécialistes et consultations de généralistes dans le total des besoins de soins non satisfaits. Les taux de renoncement sont de facto inférieurs à ceux présentés lorsqu'il s'agit du pourcentage de renonçants : par exemple, alors que 53,3% des renonçants déclarent des besoins de soins et actes dentaires non satisfaits (cf. Graphique 1), les mêmes soins représentent 32,5% de l'ensemble des besoins de soins non satisfaits. Calculés sur le nombre de besoins de soins non satisfaits, on s'aperçoit que ce taux d'un peu plus de 30% est le même que les déclarants aient la CMU-C ou une autre complémentaire santé avec ou sans ACS. Dit autrement, les bénéficiaires de la CMU-C ne citent pas plus que les autres ce type de soins.

On peut également constater que les consultations chez un généraliste représentent 10% des besoins de soins non satisfaits des personnes sans complémentaire et seulement un peu plus de 5% de ceux concernant les personnes qui ont une complémentaire autre que la CMU-C, avec ou sans ACS. Concernant le renoncement à des consultations de spécialistes, celui-ci porte avant tout sur l'ophtalmologie.

Par rapport aux constats qui apparaissent dans plusieurs entretiens (mais aussi dans d'autres travaux) relatifs à la stigmatisation des bénéficiaires de la CMU-C et aux refus de soins notamment essuyés de la part de dentistes, ce résultat signifierait que le renoncement à des soins et actes dentaires chez les bénéficiaires de la CMU-C relèverait de raisons qui seraient communes aux autres groupes de renonçants. Le croisement des données entre types de soins auxquels on renonce et raisons du renoncement montre du reste que le refus de soins est la raison la moins évoquée (0,8% des motifs évoqués) et que ce motif de renoncement cité 33 fois porte 11 fois sur les soins et actes dentaires (ANNEXE 7).

4 – 3. Des renoncements assez peu différents selon les territoires

Si l'on tient compte à nouveau de ces quatre types de soins (soins et actes dentaires ; consultations ophtalmologiques et appareillages ; consultations de spécialistes ; consultations d'un généraliste), force est de constater que le BRSG ne fait pas apparaître de différences notables entre territoires au regard de l'ensemble des besoins de soins non satisfaits (ANNEXE 8). On peut toutefois relever l'exception du territoire d'Uzège Gard Rhodanien en ce qui concerne la part des consultations de spécialistes dans le total des renoncements déclarés : elle y est 10,1% alors qu'elle est plus du double sur les autres territoires.

Tableau 10 : Principaux besoins de soins non satisfaits par territoire	Soins et actes dentaires	Achats lunettes et lentilles	Consultations de spécialistes	Consultations de généralistes
Autre département	32,6%	14,0%	11,6%	9,3%
Camargue Vidourle	31,7%	10,9%	23,1%	7,9%
Cévennes Aigoual	33,0%	12,9%	23,7%	5,9%
Grand Nîmes	32,5%	9,4%	24,2%	5,9%
Uzège Gard Rhodanien	31,7%	11,4%	10,1%	6,0%
Total	32,4%	11,1%	22,8%	6,4%

Les taux sont établis sur le total des observations, soit le nombre de besoins de soins non satisfaits cités par les renonçants classés selon le territoire de résidence.

Autrement dit, le renoncement serait peu diversifié du point de vue géographique si l'on tient compte, là aussi, du total des besoins de soins non satisfaits. Ainsi, le renoncement à tel ou tel besoin au regard du total des renoncements que les personnes déclarent serait globalement de la même importance, que celles-ci résident dans les territoires les plus urbanisés ou dans les secteurs les plus éloignés de l'offre de soins. Géographiquement parlant le renoncement serait donc un phénomène relativement isomorphe, c'est-à-dire sans localisation particulière.

4 – 4. Des différences selon l'origine du repérage

Un autre traitement statistique également bâti à partir de l'ensemble des besoins de soins non satisfaits indique en revanche des différences : il s'agit de la distribution selon les institutions qui ont participé au repérage des situations (ANNEXE 9).

Le renoncement à des soins et actes dentaires concerne 46,1% des besoins de soins non satisfaits déclarés à l'accueil de la CPAM et seulement 21,7% de ceux identifiés par la CARMI ; pour l'achat de lunettes ou de lentilles, la part dans le total des besoins non satisfaits est de 19,7% pour le Service médical de l'Assurance maladie et de 2,9% pour le CES, tandis que la part du renoncement à des consultations chez un ophtalmologiste représente 2,6% des besoins de soins repérés par le Service médical et 14,7% de ceux observés à la CARMI.

S'il est difficile d'interpréter ces résultats, on peut toutefois faire une observation méthodologique. Les différences ainsi remarquées pourraient donner la possibilité aux acteurs du BRSG de focaliser l'approche du renoncement à un type de soins en partant de certains services en particulier.

Tableau 11 : Principaux besoins de soins non satisfaits par institution partenaire du BRSG	Soins et actes dentaires	Achats lunettes et lentilles	Consultations de spécialistes	Consultations de généralistes
Accueil CPAM	46,1%	9,4%	19,4%	6,9%
CARMI	21,7%	12,0%	33,5%	1,4%
CES CPAM	43,4%	2,9%	20,1%	9,1%
CHU	26,2%	10,2%	22,3%	0,8%
Conseil général	27,4%	10,6%	27,9%	6,3%
MSA	25,4%	11,6%	19,1%	13,9%
Mutualité française	32,5%	13,5%	28,3%	3,4%
RSI	26,6%	10,9%	21,2%	10,2%
Service médical CPAM	38,2%	19,7%	9,2%	2,6%
Service social CARSAT	31,5%	14,7%	18,8%	2,9%
Total	32,4%	11,1%	22,8%	6,4%

Les taux sont établis sur le total des observations, soit le nombre de besoins de soins non satisfaits cités par les renonçants classés selon l'institution qui les a repérés.

4 – 5. La gravité des conséquences du renoncement

Les entretiens indiquent que la plupart des renonçants sont conduits à hiérarchiser leurs besoins en fonction de leur urgence mais aussi en fonction de leurs ressources. Le renoncement apparaît alors comme un calcul de risques et de priorités. C'est pour cela que les personnes parlent en termes de reports en ce qui concerne les soins qui leur paraissent les plus importants. Toutefois le renoncement, même envisagé comme simple report, peut avoir des conséquences.

Les conséquences extrêmement graves sont heureusement exceptionnelles. Dans toutes les situations rencontrées lors des entretiens, une seule est particulièrement dramatique. C'est celle de cette jeune femme qui parce qu'elle ne pouvait pas se faire soigner par manque de moyens et de couverture sociale, a renoncé à son enfant (75). Incertaine dans sa possibilité d'assumer les besoins d'un enfant et ne voulant pas de l'aide sociale, elle a « choisi » d'avorter.

Sans atteindre ce niveau de gravité, le renoncement a, dans bien des cas, différentes incidences. Souvent, il contribue à détériorer l'état de santé général ou à aggraver des pathologies. Au regard de leurs besoins de soins non satisfaits, les enquêtés énoncent fréquemment des conséquences médicales ; assez précises de leur point de vue, elles seraient à vérifier d'un point de vue médical. On relève aussi des relations de causalité entre renoncement et détérioration de l'état psychique. C'est particulièrement vrai quand les difficultés pour accéder aux soins nécessaires menacent le maintien ou la reprise d'un emploi, réduisent l'autonomie des personnes et hypothèquent parfois leur maintien à domicile, accélèrent l'usure des corps et abîment l'image de soi, etc.

On peut être surpris par la gravité du renoncement au regard de l'usure des corps décrite par plusieurs enquêtés et dont certains auteurs ont pu parler³⁶. Pour ces personnes, la plupart des actifs précaires aux métiers difficiles sur le plan physique, ne pas parvenir à satisfaire certains besoins de soins aggrave leurs maux et maladies, souvent des maladies ostéo-articulaires qui menacent leur poursuite d'activité (ex : 113). Dans leur cas, la perte de l'emploi est perçue comme une conséquence prévisible du renoncement à certains soins. Ces situations présentent une gravité incontestable, et pour les personnes qui souffrent, et pour la collectivité qui ne parvient pas ainsi – et dans de nombreux autres cas – à tenir une politique de santé au travail. A cet égard, les sites internet des confédérations syndicales apportent de nombreux éléments démontrant la difficulté, notamment, à reconnaître les accidents du travail et les maladies professionnelles ; l'importance du contentieux en la matière en est un indice.

Quelles que soient les situations, le renoncement est donc souvent vécu comme une source de dégradation non seulement physique, mais aussi sociale et morale au sens où il peut aussi impacter les conditions de vie (matérielles et affectives), comme l'image de soi – de son corps – et ainsi le rapport aux autres. Parfois, le fait de ne pouvoir satisfaire ses besoins de soins est vécu comme le signe d'un « déclassé social ».

L'analyse des entretiens montre que ces conséquences physiques, psychiques et sociales ont à leur tour des effets psychologiques (ANNEXE 10) :

- Des **craintes**, liées aux (possibles) conséquences médicales ou sociales dues au manque de soins. C'est le cas pour 71 des enquêtés par entretien, soit 63% d'entre eux.
- Un **sentiment de honte** ou une mésestime de soi. C'est ce qui apparaît dans 20 entretiens.
- Un **abandon de soi** quand les personnes tendent à ignorer leurs besoins de soins. Cela semble le cas pour 20 enquêtés.

Parler de cette façon de la gravité du renoncement permet de souligner l'importance et la diversité des enjeux individuels et familiaux liés au phénomène. La question paraît d'autant plus lourde que les situations sans gravité apparente ne signifient pas pour autant que les besoins de soins non satisfaits sont bénins pour les personnes ou même d'un point de vue médical, ni que les personnes

³⁶ Volkoff S. (dir.), *La santé des malades*, Centre d'études de l'emploi, 2009. Volkoff S., « L'intensification du travail disperse les problèmes de santé », in de Terssac G., Saint-Martin C., Thébault C. (Coord.), *La précarité : une relation entre travail, organisation et santé*, Toulouse, Octarès, Collection Le travail en débats, 2008, pp. 29-40.

vivent des conditions de vie faciles. Parfois même, le renoncement à des soins n'apparaît pas comme problématique du fait que se soigner revêt pour les personnes une importance toute relative vu les difficultés auxquelles elles ont par ailleurs à faire face. C'est par exemple le cas de cet homme qui, sortant de la rue, n'a d'autre priorité que de régler la question du logement (74). La littérature sur les exclus – notamment les travaux du psychiatre Jean Furtos sur la souffrance psycho-sociale et l'auto-exclusion³⁷ et des recherches en santé publique³⁸ – ont montré comment l'accumulation des difficultés alimente un déni de ses propres besoins.

4 – 6. Une forte homologie entre renoncement et non-recours

Vu cette discussion sur la gravité du renoncement, il paraît important d'essayer de vérifier si les besoins de soins non satisfaits sont avérés d'un point de vue médical, de façon à ne pas surdimensionner le phénomène et ses conséquences.

L'une des spécificités du BRSO a été – rappelons-le – d'obtenir des données sur le non-recours aux soins. Cela permet de comparer les besoins de soins non satisfaits déclarés par les personnes rencontrées lors des campagnes de repérage et les besoins de soins manquant selon les professionnels de santé qui ont participé à ce repérage.

La comparaison entre renoncement et non-recours à des soins a pu être établie pour les 167 personnes qui ont déclaré renoncer à des soins parmi les 287 personnes rencontrées par les professionnels de santé lors des campagnes de repérage. Au total, parmi ces 167 renonçants, 90,3% sont en non-recours selon les professionnels de santé, c'est-à-dire ont un ou plusieurs besoins de soins non satisfaits, avérés d'un point de vue médical.

Tableau 12 : Comparaison entre renoncement et non-recours	Pas de renoncement	Renoncement	Ensemble
Ne sais pas	0,0%	3,2%	2%
Besoins de soins non avérés médicalement	95,1%	6,5%	38%
Besoins de soins avérés médicalement	4,9%	90,3%	60%

La comparaison indique donc très peu de situations discordantes (grisées dans le Tableau 12) :

- Dans 4,9% des cas où les personnes ne déclarent pas renoncer, les professionnels de santé mentionnent un non-recours.
- Et dans 6,5% des cas où les personnes déclarent renoncer à des soins, les professionnels ne relèvent aucun non-recours.

Autrement dit, à la fois la population qui ignore (ou feint d'ignorer) ses besoins de soins et celle qui en déclare sans raison médicale apparente sont très minoritaires. Comme évoqué dans le chapitre relatif à la notion de renoncement, un tel résultat peut inciter à développer le BRSO de façon à en faire un outil d'estimation du coût financier du renoncement. Toutefois, cette perspective est loin

³⁷ Furtos J., *De la précarité à l'auto-exclusion*, Paris, Les Editions de la rue d'Ulm, 2009.

³⁸ Chauvin P., Parizot I. (dir.), *Vulnérabilité sociale, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens*, Paris, Editions de la DIV, 2007, pp. 78-80. Chauvin P., Parizot I., « Précarité », in Fassin D. Hauray B. (dir.), *Santé publique : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2010, pp. 279-290. Joubert M., « Crise du lien social et fragmentation de l'accès aux soins », *Revue Prévenir*, 1995, n° 28, pp. 93-104.

d'être simple. L'une des difficultés est de s'assurer de la correspondance entre renoncement et non-recours en ce qui concerne les types de soins.

Sur ce plan, le BRSO apporte des éléments intéressants. Il permet en effet de comparer les types de soins auxquels les personnes déclarent renoncer et ceux que les professionnels de santé estiment nécessaires. En rapprochant les données du renoncement et du non-recours pour les 167 personnes en question, on aperçoit une forte homologie entre renoncement et non-recours.

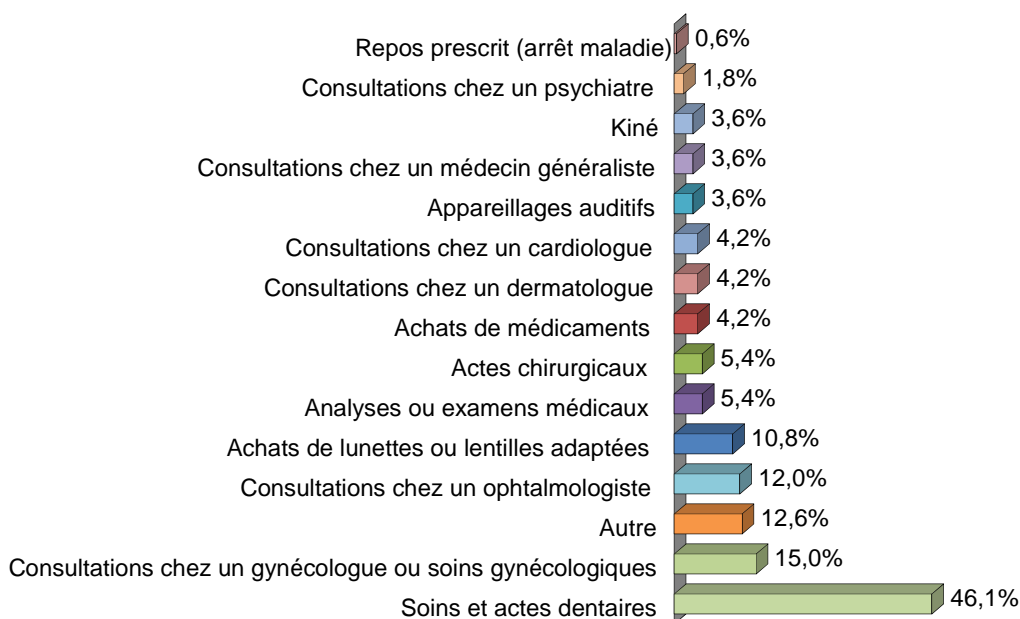
Les soins cités en premier sont les mêmes, qu'il s'agisse de renoncement ou de non-recours : soins et actes dentaires, consultations chez un ophtalmologiste, achat de lunettes ou de lentilles, consultations ou soins gynécologiques, autres soins.

Surtout, ils apparaissent quasiment selon le même ordre d'importance. Pour ces 167 personnes :

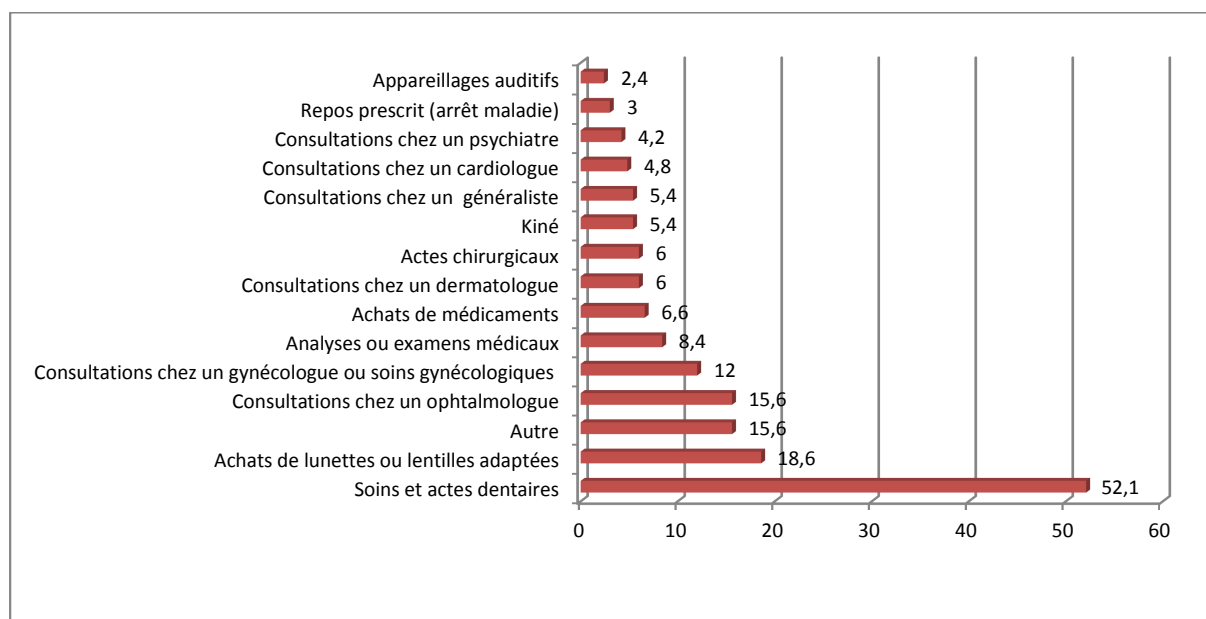
- Les soins et actes dentaires viennent en tête des renoncements (pour 52,1 % d'entre elles) et des non-recours (pour 46,1%).
- Ensuite le renoncement porte sur l'achat de lunettes ou de lentilles (pour 18,6%) alors que le non-recours concerne les consultations et soins gynécologiques (pour 15% des personnes).
- Les soins venant en 3^{ème} et 4^{ème} positions sont les mêmes de part et d'autre : autres soins (15,6% des renonçants et 12,6% des non-recourants) puis consultations ophtalmologiques (15,6% et 12%).

Le BRSO indique par conséquent assez peu d'écarts entre renoncements déclarés et non-recours avérés à des soins.

**Graphique 2 : Les types de soins auxquels les 167 personnes ne recourent pas
(% de renonçants, plusieurs renoncements possibles)**



**Graphique 3 : Les types de soins auxquels renoncent les 167 personnes
(% de renonçants, plusieurs renoncements possibles)**



Ces graphiques appellent deux commentaires :

- La catégorie « Autre soins » qui regroupe des soins très particuliers, non différenciés dans l'enquête, arrive en troisième position, aussi bien en termes de renoncement que de non-recours. Cela confirme la diversité assez forte des besoins de soins déclarés non satisfaits et des besoins non satisfaits avérés d'un point de vue médical. Mais cela indique aussi une sélection des besoins de soins « par la force des choses » : les personnes renonceraient de façon significative – et c'est confirmé par les professionnels de santé – à une diversité de soins spécifiques, à côté ou en plus des soins les plus courants.
- En même temps, il est important de remarquer que les consultations de médecins généralistes apparaissent dans les derniers types de soins évoqués, que ce soit pour les renoncements (5,4%) ou pour les non-recours (3,6%), alors même que 10,6% de l'ensemble des renonçants ont cité le renoncement ou le report de ce type de consultation lors du repérage. Le croisement des données entre renoncement et non-recours permet ainsi de relativiser l'importance du besoin de ce type de consultation. Les données sont également comparables pour les besoins d'actes chirurgicaux.

Enfin, ajoutons d'un point de vue méthodologique qu'un développement futur du BRSG aurait peut-être intérêt à questionner les personnes comme les professionnels de santé participant au repérage sur les pathologies déclarées ou avérées. De cette façon, il serait possible de caractériser davantage la gravité médicale du renoncement et d'apporter des données supplémentaires utiles à une estimation du coût des besoins de soins qui seraient nécessaires, et, a fortiori, qui auraient pu être évités si les personnes avaient pu accéder aux soins plus tôt.

Sur ce plan, précisons juste que dans le cadre d'une recherche réalisée par l'Odenore pour l'Institut de recherche en santé publique (IRESP)³⁹, il a été possible d'utiliser sans difficulté et de façon fiable dans des enquêtes par entretien la classification internationale des maladies (CIM 10).

Classification CIM 10 :

Maladies et troubles mentaux
Symptômes (douleur, toux, vertige, sans autres indications)
Maladies digestives
Maladies de l'oreille
Maladies du système nerveux
Tumeurs
Maladies de la bouche et des dents
Maladies génito-urinaires
Maladies endocriniennes et du métabolisme
Maladies ostéo-articulaires
Maladies de l'appareil circulatoire
Maladies de l'appareil respiratoire
Maladies de la peau
Maladies infectieuses et parasitaires
Maladies de l'œil et port de lunettes/lentilles
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé : motifs liés à la reproduction, à des maladies transmissibles, à l'exposition de conditions socio-économiques et psycho-sociales présentant une menace pour la santé, ...

³⁹ Warin P., Chauveaud C. Mazet P. et al. *Ce que renoncer à des soins veut dire*, Rapport de recherche pour l'IRESP, ODENORE, novembre 2013.
<https://odenore.msh-alpes.fr/content/cereso-ce-que-renoncer-aux-soins-veut-dire>

5 – Les raisons du renoncement

Ce chapitre porte sur les raisons du renoncement. Il croise les données statistiques et le corpus de données qualitatives du BRSG. Les raisons financières sont mises en avant. Toutefois, ce ne sont pas les seules et des facteurs d'activation agissent également.

5 – 1. Les raisons financières

Les raisons financières interviennent pour beaucoup dans le renoncement aux soins. Les résultats des quatre campagnes de repérage sont explicites : le reste à charge trop élevé est évoqué par 56,6% des répondants et l'impossibilité d'avance de frais par 20,8% d'entre eux. La raison financière du renoncement est même amplifiée dans les entretiens : le reste à charge trop élevé est évoqué par 94 enquêtés sur 113 (82%) et l'avance de frais par 43 d'entre eux (38%). Souvent les deux raisons sont signalées ensemble.

Le renoncement à des soins pour raisons financières paraît donc étroitement lié à la participation financière des patients, quand bien même les enquêtés ne sont pas précaires (selon le score EPICES) comme c'est le cas, par exemple, pour certains retraités (ex : [56](#), [58](#), [67](#), [81](#), [102](#)). Le phénomène peut donc en première instance être renvoyé au choix de politique publique retenu pour réduire le déficit de l'Assurance maladie. Ce choix, on le sait, n'est pas propre à la France : la participation financière des patients est couramment pratiquée en Europe⁴⁰. Sans apporter ici d'appréciation sur ce choix, force est de constater qu'il agit dans un contexte général de hausses des charges et de baisse, sinon de stagnation, des revenus des ménages. Dit autrement, sur un plan macroéconomique, le renoncement à des soins apparaît comme l'effet d'un choix public en temps de crise. Très empiriquement de nombreux entretiens l'indiquent, notamment quand les personnes, qui sont loin d'être dans des situations de pauvreté, témoignent du renchérissement du coût de la vie et des difficultés à honorer les charges qui les poussent à faire des choix et souvent à se priver (ex type : [62](#)). Dans ces conditions, les restes à charge mais aussi les avances de frais constituent des freins indéniables à l'accès aux soins. Pour autant, il faut le souligner, les enquêtés ne refusent pas le principe de la prévoyance individuelle et ne s'érigent pas en ayants-droit exigeant la gratuité parce qu'ils cotisent. Cependant, comme le montrent certains entretiens, ils ne supportent pas leurs difficultés à se faire soigner pour des raisons financières alors que selon eux d'autres personnes profiteraient d'une meilleure prise en charge tout en étant exonérées des contributions.

Regard complémentaire :

« Les personnes les plus précaires consacrent une part plus importante de leur revenu à se soigner que le reste de la population. L'outil de micro-simulation Omar⁴¹ permet d'estimer le reste à charge moyen annuel des ménages selon leur niveau de vie. Il prend en compte l'ensemble des remboursements (Assurance maladie et couverture maladie complémentaire). Ce reste à charge était de 178 euros en 2008 pour les personnes appartenant au 1^{er} décile et de 576 euros pour celles appartenant au dernier décile. Néanmoins, si l'on s'intéresse au taux d'effort par niveau de vie, il apparaît clairement que ce sont les ménages les plus pauvres qui ont le taux d'effort le plus important. Ainsi, celui des personnes du 1^{er} décile de niveau de vie est de 1,6%, alors qu'il n'est que de 0,7% pour le 10^{ème} décile. »

⁴⁰ Haute Autorité de Santé, *La participation des patients aux dépenses de santé dans cinq pays européens – Document de travail*, Mission Etudes et Recherches, septembre 2007. Chambaret S., Hartmann L., « Participation financière des patients et mécanismes de protection en Europe », *Pratiques et Organisation des Soins*, 40 (1), 2009, pp. 31-38. Elbaum M., « Participation financière des patients et équilibre de l'assurance maladie », *Lettre de l'OFCE*, n°301, septembre 2008.

⁴¹ Lardellier R., Legal R., Raynaud D., Vidal G., « Dépenses de santé et restes à charge des ménages : le modèle de micro-simulation Omar », DREES, *Document de travail, Série sources et méthodes*, n° 34, 2012.

On peut aussi remarquer l'impact de certaines mesures générales sur le renoncement aux soins. Ainsi par exemple, l'accroissement du taux d'imposition fait que des retraités rencontrent davantage de difficultés financières pour se soigner. C'est le cas de cette femme (56) qui a perdu l'avantage d'une Aide personnalisée au logement (APL) du fait d'être subitement imposée en 2013 et qui ne dispose ainsi plus de ressources suffisantes pour accéder aux soins nécessaires. Dans le même ordre, cet homme, veuf, qui perd le bénéfice de l'ACS du fait que sa fille a obtenu une bourse pour ses études (63).

Des contre exemples apparaissent néanmoins. Le cas de cet homme qui renonce à un acte médical uniquement par peur de ses conséquences, et qui insiste sur le fait que ce n'est pas pour une raison financière (personne seule, vivant chez sa mère, 36). Sa situation ressemble à celle de cette jeune mère qui élève seule son enfant, résidant chez son père depuis sa séparation : dans son cas le report de soins est dû à la difficulté de s'arrêter de travailler, à des craintes du diagnostic et à un manque de guidance de la part du médecin traitant ; les raisons financières ne semblent pas non plus entrer en ligne de compte (55).

5 – 2. L'absence d'une complémentaire maladie

En bonne partie liée à des raisons financières, l'absence de complémentaire maladie entre aussi en ligne de compte.

Tableau 13 : Comparaison des non renonçants et renonçants selon le régime d'Assurance maladie, la complémentaire santé, les raisons d'une absence de complémentaire	Non renonçants		Renonçants		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%
Autre	344	10,8%	76	5,4%	420	9,2%
Général	2 446	77%	1 115	80%	3 561	77,9%
MSA	190	6%	116	8,3%	306	6,7%
RSI	197	6,2%	88	6,3%	285	6,2%
Régime	3 177	100%	1 395	100%	4 572	100%
Ne sais pas	27	0,9%	12	0,9%	39	0,9%
Non	191	6%	194	13,9%	385	8,4%
Oui l'AME	9	0,3%	2	0,1%	11	0,2%
Oui la CMUC	758	24%	310	22,2%	1 068	23,5%
Oui une autre CS avec ACS	162	5,1%	125	8,9%	287	6,3%
Oui une autre CS	2 016	63,7%	754	54%	2 770	60,7%
Complémentaire santé	3 163	100%	1 397	100%	4 560	100%
Autre	16	6,6%	25	9,8%	41	8,3%
Cela ne servirait à rien, je ne suis jamais malade	16	6,6%	6	2,4%	22	4,4%
J'ai d'autres priorités financières	14	5,8%	14	5,5%	28	5,7%
J'ai un 100%	55	22,8%	26	10,2%	81	16,4%
Je manque d'informations	14	5,8%	16	6,3%	30	6,1%
Je n'en ai pas les moyens	58	24,1%	94	37%	152	30,6%
Les démarches sont trop compliquées	11	4,6%	16	6,3%	27	5,5%
Négligence	22	9,1%	14	5,5%	36	7,3%
De toute façon je serai mal remboursé(e)	3	1,2%	9	3,5%	12	2,4%
En cours	32	13,4%	34	13,5%	66	13,3%
Raison de l'absence de complémentaire santé	240	100%	254	100%	495	100%

A l'issue des campagnes de repérage, il apparaît qu'en majorité renonçants et non renonçants disposent d'une complémentaire santé sans ACS : c'est le cas pour 54% des renonçants et pour 63,7% des non renonçants. Cela étant, les renonçants sont un peu moins souvent ouvrants ou ayants-droit à la CMU-C que les non renonçants (22,2% vs. 24%). En revanche, ils ont plus souvent une complémentaire santé avec ACS (8,9% vs. 5,1%).

Surtout, 8,4% de la population du BRSG n'a pas de complémentaire santé, avant tout pour des raisons financières : 6% chez les non-renonçants, mais plus du double en proportion (13,9%) parmi les renonçants. A noter, selon l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012 de l'IRDES, que 5% des Français seraient sans couverture maladie⁴². Ce résultat est important puisque l'on note une relation très significative entre le renoncement et le fait de ne pas avoir de complémentaire santé pour des raisons financières.

En même temps, parmi les enquêtés par entretien, 12 renonçants sur 113 signalent une absence de complémentaire. On est ici très proche des estimations nationales. Ainsi, rappelons que parmi les ménages les plus pauvres (moins de 870 euros par unité de consommation), 12 % des personnes ne bénéficient pas d'une complémentaire santé, contre seulement 3 % au sein des ménages les plus riches (1 997 euros et plus par unité de consommation)⁴³. Récemment le rapport de la Sénatrice Aline Archimbaud précise que sur les 4,7 millions de bénéficiaires potentiels de la CMU-C, qui permet à ceux gagnant moins de 716 euros par mois (pour une personne seule) d'obtenir une prise en charge de la part complémentaire de leurs dépenses de santé, 700 000 n'ont pas fait valoir leur droit, soit un taux de non-recours de 15 %. Pour l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), qui s'adresse aux personnes gagnant moins de 967 euros mensuellement (pour une personne seule), ce taux de renoncement oscille entre 62 % et 73 %, si on s'en réfère aux estimations de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)⁴⁴.

L'absence de complémentaire santé est généralement due au manque de moyens financiers, mais aussi à des difficultés administratives qui provoquent des interruptions ou des ruptures de droits. En cas de perte d'une complémentaire santé, généralement liée à une rupture professionnelle et/ou familiale, les personnes témoignent des conséquences en termes de report (temporaire) sinon de renoncement (durable sinon définitif) tant qu'elles ne retrouveront pas au moins l'avantage d'une assurance complémentaire (ex : 66, 67).

5 – 3. Un faisceau d'autres raisons et des facteurs d'activation du renoncement

Parmi les 1 406 renonçants, 56,6% citent les restes à charge trop élevés, mais aussi les avances de frais pour 20,8% d'entre eux. Cela étant, l'absence de moyens de transport, leur coût, des difficultés physiques de se déplacer, l'éloignement géographique et surtout des problèmes de disponibilité entrent en ligne de compte pour 18,7% des renonçants. La négligence vis-à-vis des besoins ou parcours de soins est citée par 7,1% d'entre eux. Et le fait que les soins apparaissent peu

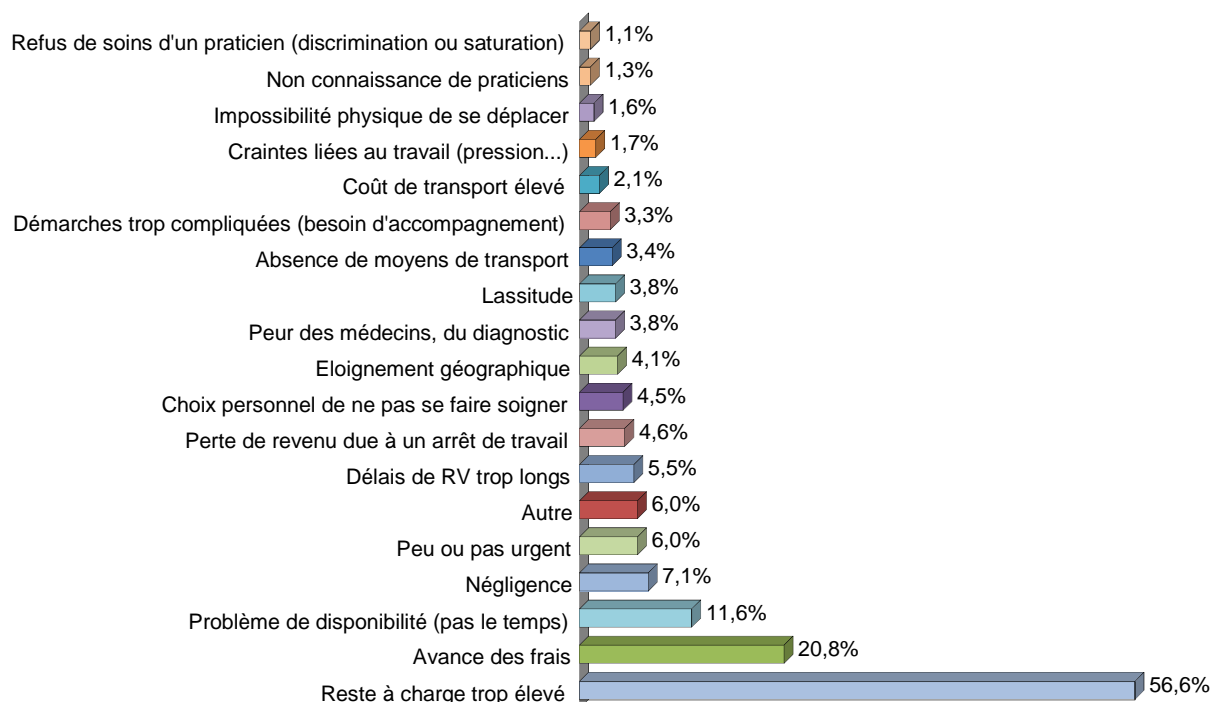
⁴² IRDES, L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Premiers résultats, *Questions de santé*, n° 198, mai 2014.
<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/198-l-enquete-sante-et-protection-sociale-esps-2012-premiers-resultats.pdf>

⁴³ Observatoire des inégalités sociales, « Une couverture santé à deux vitesses », 2011.
<http://www.inegalites.fr/spip.php?article1450>

⁴⁴ Extrait des données du rapport remis au Premier ministre le 25 septembre 2013. Source : Belliard D., « 40 propositions pour la santé des plus pauvres », *Alternatives économiques*.
http://www.alternatives-economiques.fr/page.php?controller=article&action=htmlimpression&id_article=65004&id_parution=633

ou pas urgents par 6%. Une lassitude par 3,8%. Comme le montre le Graphique 4, les raisons peuvent se cumuler (le total est supérieur à 100%).

Graphique 4 : Les raisons du renoncement (% de renonçants, plusieurs renoncements possibles)



Quels que soient les types de soins auxquels on renonce, les raisons déclarées lors du repérage sont assez voisines. On observe cependant quelques écarts significatifs. Ainsi, en proportion, le renoncement par manque d'accessibilité de l'offre concerne surtout les consultations chez un spécialiste (dermatologue, ophtalmologiste, cardiologue) ; celui par manque de disponibilité, la réalisation d'exams ou des séances de kinésithérapie ; ou celui par négligence, les consultations d'un médecin généraliste.

Dans quelques situations, le problème est d'abord de connaître un médecin, notamment quand la personne est depuis peu dans le Gard. C'est le cas de ces femmes (ex : [60](#), [69](#), [72](#), [78](#), [82](#)) récemment arrivées dans le département, suite à des séparations, qui ne connaissent pas de médecins et semblent même perdues pour en rencontrer un en première consultation ou dans des délais acceptables au regard des besoins, ou pour accéder à des praticiens appliquant des tarifs conventionnés.

Les entretiens confirment que souvent des raisons autres que financières ou liées à l'absence de complémentaires expliquent, tout ou en partie, le renoncement. C'est le cas dans 31 entretiens sur 113, soit plus de 27% des cas⁴⁵ (ANNEXE 11). On peut classer ces autres raisons selon leur fréquence :

- Dans 23 entretiens : un **éloignement** par rapport à l'offre de soins (absence de médecins/spécialistes à proximité ; manque de moyens pour se déplacer et coût des transports ; difficultés physiques pour se déplacer).

⁴⁵ Se reporter aux synthèses d'entretiens n° : [6](#), [27](#), [29](#), [31](#), [33](#), [35](#), [36](#), [41](#), [43](#), [44](#), [45](#), [47](#), [50](#), [51](#), [53](#), [55](#), [56](#), [57](#), [60](#), [67](#), [72](#), [78](#), [79](#), [81](#), [82](#), [84](#), [86](#), [91](#), [92](#), [99](#), [102](#).

- Dans 16 entretiens : une **négligence** de sa propre santé.
- Dans 13 entretiens : un **manque de disponibilité** (lié au travail, au temps consacré à autrui).
- Dans 8 entretiens : des **peurs** (des soins, de la perte du travail si arrêt maladie).
- Dans 8 entretiens : une **lassitude** des soins.
- Dans 5 entretiens : des **choix personnels** (philosophiques, religieux).

Ces raisons souvent se cumulent, notamment l'éloignement et le manque de disponibilité. Mais d'autres facteurs entrent souvent en lice. On parle alors de « **facteurs d'activation** » du renoncement, qui peuvent également être ordonnés selon leur fréquence :

- Dans 65 entretiens : un **manque de « discernement »** : quand l'enquêté(e) manque des « possibilités » et/ou « capacités » nécessaires pour maîtriser ses droits, engager des démarches administratives, avoir une idée claire de ses besoins et de son parcours de soins.
- Dans 49 entretiens : une **absence d'aides de proches** : absence de soutiens financiers de la famille ou d'amis, ou volonté de ne pas demander leur aide.
- Dans 36 entretiens : un **manque de « guidance » dans l'accès aux droits et/ou dans le parcours de soins** : quand les professionnels sont insuffisamment vigilants, incitatifs et accompagnants.
- Dans 24 entretiens : un sentiment d'**abandon**.
- Dans 13 entretiens : une **crainte** : du diagnostic, des actes médicaux, de solliciter l'aide d'un tiers.
- Dans 10 entretiens : une **méfiance explicite dans la médecine** : dans les actes, services/professionnels, médicaments.
- Dans 4 entretiens : un **problème administratif** : dossier sans suite, égaré, etc.
- Dans 3 entretiens : une **non reconnaissance** : d'un handicap, maladie professionnelle, ou invalidité manifestement avéré.

Là aussi les facteurs d'activation se cumulent, au point de faire apparaître les traits d'un « **profil type** ». Ainsi, le renonçant serait une personne :

- Perdue dans les démarches administratives.
- Pas soutenue financièrement par des proches ;
- Pas ou peu eu guidée/conseillée par les professionnels du sanitaire et du social.
- Souvent dans un état d'anxiété ou de dépression.

5 – 4. Quelques différences selon les territoires

Les raisons du renoncement sont dans l'ensemble assez proches quels que soient les territoires, sauf celle relative à l'accessibilité de l'offre de soins qui regroupe : l'absence de moyens de transports, le coût des transports, l'éloignement géographique, l'impossibilité physique de se déplacer, et les problèmes de disponibilité (ANNEXE 12). L'accessibilité de l'offre est une difficulté surtout signalée par les personnes résidant dans les territoires les moins urbanisés, Cévennes Aigoual et Uzège Gard Rhodanien. A noter que les renonçants résidant en dehors du département (ils sont très peu dans la population du BRSG : 36 en tout) n'évoquent pas plus que les autres des difficultés d'accessibilité de l'offre.

Regard complémentaire :

« Selon [une enquête de 2012 de l'UFC Que choisir, 17 millions d'individus souhaitant consulter un généraliste sont dans l'obligation de payer un supplément en raison d'un dépassement d'honoraires et/ou pour s'épargner un trajet trop important du fait d'une faible densité médicale. Ce chiffre monte à 52 millions pour une consultation ophtalmologique ». *Alternatives économiques*, n° 318, novembre 2012, p. 49.

Parmi les motifs des difficultés d'accessibilité de l'offre de soins, les problèmes de disponibilité ont souvent une part prépondérante dans l'ensemble des observations ; ces problèmes ont souvent à voir avec la question des horaires. C'est en particulier le cas dans le Grand Nîmes où ce motif pèse pour 8,4% de l'ensemble des raisons avancées par les renonçants, alors que l'ensemble des motifs relatifs à un problème d'accessibilité représente en tout 9,1% du total des raisons citées. A l'inverse, les motifs plus directement afférents aux déplacements comptent beaucoup plus dans les territoires de Cévennes Aigoual et Uzège Gard Rhodanien, et dans une moindre mesure en Camargue Vidourle, soit les territoires les plus excentrés des agglomérations qui concentrent l'offre médicale.

La question des rendez-vous trop longs, qui apparaît dans certains entretiens et semble revêtir une importance non négligeable, ne paraît pas particulièrement importante d'un point de vue statistique : ce motif ne représente que 3,7% du total des raisons avancées par les renonçants lors des campagnes de repérage. Pour autant, cette raison ne doit pas être sous-estimée.

Tableau 14 : Les principales raisons du renoncement par territoire	Restes à charge trop élevés	Avances de frais	Accessibilité de l'offre (dont problèmes de disponibilité)	Négligence et relativisation des besoins
Autre département	36,1%	8,3%	13,9% (8,3%)	7,4%
Camargue Vidourle	37,4%	16,3%	13,5% (9,0%)	9,3%
Cévennes Aigoual	38,3%	12,0%	18,9% (6,6%)	9,7%
Grand Nîmes	40,8%	13,9%	9,1% (8,4%)	9%
Uzège Gard Rhodanien	32,8%	15,6%	17,9% (7,6%)	6,2%
Total	38,1%	14,0%	15,3% (7,8%)	8,9%

Les taux sont établis sur le total des observations, soit l'ensemble des raisons citées par les renonçants classés selon le territoire de résidence.

5 – 5. Des différences selon l'origine du repérage

Les raisons du renoncement diffèrent selon l'institution ou le service qui a repéré les situations (ANNEXE 13).

Tableau 15 : Les principales raisons du renoncement par institution partenaire du BRSG

	Restes à charge trop élevés	Avances de frais	Accessibilité de l'offre (dont problèmes de disponibilité)	Négligence et relativisation des besoins
Accueil CPAM	57,0%	11,5%	7,3% (5,0%)	9,7%
CARMI	24,6%	7,9%	33,0 (7,9%)	9,5%
CES CPAM	44,2%	24,2%	8,4% (7,2%)	8,3%
CHU	26,2%	11,0%	16,1% (11,4%)	8,9%
Conseil général	28,9%	13,9%	20,2% (9,2%)	9,3%
MSA	33,3%	12,4%	19,4% (7,0%)	9,7%
Mutualité française	35,2%	9,3%	26,3% (14,8%)	15,3%
RSI	35,7%	9,5%	15,5% (10,7%)	8,4%
Service médical CPAM	50,6%	4,9%	12,4% (6,2%)	7,4%
Service social CARSAT	39,8%	20,2%	11,3% (3,4%)	4,2%
Total	38,1%	14,0%	15,3% (7,8%)	8,9%

Les taux sont établis sur le total des observations, soit l'ensemble des raisons citées par les renonçants classés selon l'institution qui les a repérés.

Les données produites par le BRSG permettent de remarquer une forte prégnance des restes à charge trop élevés en ce qui concerne les personnes questionnées par les services de la CPAM, notamment l'Accueil (57% de l'ensemble des motifs avancés par les personnes qui ont déclaré renoncer). A l'inverse, les raisons financières (restes à charge et avances de frais) sont nettement moins évoquées en ce qui concerne les repérages réalisés par la CARMI et le CHU de Nîmes. Cela peut s'expliquer du fait de l'absence de dépassement d'honoraires et d'avance de frais pour les consultations qui s'y déroulent (dans ce cas, le renoncement déclaré par les personnes repérées par la CARMI et le CHU concernerait d'abord d'autres consultations). Ces résultats permettent de remarquer la diversité de la population constituée par le BRSG dans la mesure où les groupes de renonçants repérés par chaque institution ne paraissent pas exposés avec la même intensité aux problèmes financiers.

Il en va différemment avec les difficultés d'accessibilité à l'offre de soins. Cette raison est moins signalée au niveau des repérages réalisés par la CPAM et plus en ce qui concerne la Mutualité française et le CHU. Certains entretiens, nous le verrons, inciteraient à penser que les centres de santé mutualistes et les services hospitaliers sont pour bon nombre de personnes une solution face aux délais de rendez-vous trop longs. Cette hypothèse est confirmée par les données statistiques du BRSG, puisque si en moyenne ce motif représente 3,7% de l'ensemble des raisons citées par les renonçants (ANNEXE 7), il pèse plus du double dans le cas de ceux repérés par le CHU (7,2% du total des raisons que ces renonçants évoquent) et par la Mutualité française (7,4%). Un autre résultat va dans le même sens : les problèmes de disponibilité sont davantage cités par les renonçants repérés par le CHU (11,4% du total des raisons avancées) et surtout par la Mutualité (14,8% contre 7,8% en moyenne).

6 – Sur les explications du renoncement

Les raisons du renoncement doivent être expliquées, en particulier les raisons financières. Car savoir que beaucoup renoncent à cause de restes à charge trop élevés ou de frais qu'ils ne peuvent avancer n'apporte en soi pas d'éléments d'explication de ces situations. Or sans éléments d'explication des raisons du non-recours, il est difficile d'agir dessus.

40

Quelles que soient les raisons – et on a vu que bien souvent elles se combinent – les explications apparaissent dans le détail des situations sociales découvertes grâce aux entretiens. Le matériau qualitatif accumulé indique que le renoncement est tout d'abord étroitement lié à des ruptures (ou incidents/accidents) dans les trajectoires de vie des personnes et/ou des familles, et qu'il est souvent lié aux relations avec les professionnels de santé ainsi qu'aux capacités des personnes à se diriger dans l'offre de soins comme vers d'éventuelles aides.

6 – 1. Un phénomène étroitement lié à des parcours professionnels chaotiques

Parmi les 113 enquêtés par entretien, 88 d'entre eux (soit 78%) sont des actifs sans emploi⁴⁶, des travailleurs⁴⁷ ou des retraités précaires ou modestes⁴⁸, des travailleurs handicapés⁴⁹, des personnes invalides, en mi-temps thérapeutique ou en arrêt maladie⁵⁰.

Beaucoup ont connu des trajectoires professionnelles chaotiques. Ainsi les situations difficiles se succèdent et souvent se cumulent. C'est par exemple le cas de cet homme (70), qui a perdu son emploi, n'a plus l'Allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) et plus de ressources, et qui attend une reconnaissance d'invalidité : en fin de droits, son reste pour vivre est de « - 220 euros » par mois ; heureusement il bénéficie d'une reconnaissance d'Affectation longue durée (ALD). Ou pour celui-ci qui a perdu son emploi puis son logement, et qui grâce à une association est sorti de la rue : ainsi accompagné, il reconstruit ses droits, mais l'obtention du Revenu de solidarité active (RSA) et de la CMU-C ne lui permet pas d'envisager les soins dentaires ou l'achat de lunettes auxquels il renonce depuis longtemps (73). D'autres, en invalidité, peuvent accéder aux seuls soins pris en charge à 100% par l'ALD et renoncent au reste (ex : 80) ou reportent des soins (ex : 81). Le cumul de difficultés est aussi le lot de cette femme, comme bien d'autres enquêtés : l'entreprise créée avec son mari fait faillite, cet échec précipite un divorce, qui occasionne un déménagement dans le Gard où cette femme retrouve un emploi peu rémunéré, qui l'épuise physiquement, mais par ténacité et devant le besoin de subvenir aux besoins de son fils étudiant, atteint d'obésité, elle refuse de s'arrêter de travailler (90).

Certains enchaînements de situations se répètent d'un entretien à l'autre, même si lors des campagnes de repérage la perte de revenus due à un arrêt de travail n'est citée que par 6,4% des personnes déclarant renoncer. Les difficultés par rapport à l'emploi ou au travail pèsent sur les capacités financières de personnes, notamment :

- Chômage => endettement (ex : 79).

⁴⁶ Se reporter aux synthèses d'entretiens n° : 1, 2, 8, 14, 20, 23, 24, 26, 31, 37, 43, 63, 64, 69, 74, 79, 93, 95, 104, 106, 107, 108, 111, 113.

⁴⁷ Se reporter aux synthèses d'entretiens n° : 4, 6, 7, 11, 12, 15, 19, 21, 22, 33, 42, 45, 49, 54, 66, 68, 73, 75, 76, 83, 84, 90, 91, 94, 96, 98, 109, 110.

⁴⁸ Se reporter aux synthèses d'entretiens n° : 9, 10, 13, 16, 29, 30, 34, 39, 52, 86, 99, 101, 102, 112.

⁴⁹ Se reporter aux synthèses d'entretiens n° : 17, 21.

⁵⁰ Se reporter aux synthèses d'entretiens n° : 3, 5, 25, 32, 35, 38, 40, 41, 43, 44, 46, 48, 51, 53, 65, 71, 80, 85, 88, 92.

- Accident => invalidité => baisse de revenus (ex : 80).
- Arrêt maladie => demi salaire (ex : 85).
- Arrêt maladie => licenciement => baisse de revenus => renoncement à une complémentaire santé (ex : 104).

Ces enchaînements sont parfois beaucoup plus complexes, comme dans le cas de cette femme, puis de cet homme :

- Mi-temps thérapeutique => demande d'aménagement de poste => refus et à l'inverse affectation à un poste plus contraignant => arrêt maladie, perte accidentelle d'un enfant => dépression => invalidité reconnue => licenciement => perte de revenus (87).
- Arrêt maladie => interruption de l'activité professionnelle => liquidation judiciaire de l'entreprise familiale => chute des revenus => renoncement pendant 3 ans à une complémentaire santé / recours fréquents aux aides sociales (108).

La précarité des situations professionnelles amène ainsi des personnes à perdre le bénéfice d'une complémentaire, parfois d'entreprise, au moment du licenciement et à rester sans complémentaire ensuite. C'est par exemple le cas : de ce jeune homme qui par ailleurs ne peut pas compter sur l'aide financière de proches (73) ; de cet homme qui élève seul sa fille (91) ; de celui-ci à l'époque où il avait encore 3 enfants à charge (94) ; ou de cette femme dont le mari au chômage a perdu la complémentaire d'entreprise qui garantissait toute la famille et qui aujourd'hui paie difficilement une complémentaire privée avec les ressources réduites du ménage (79) ; ou encore de celle-ci qui après le licenciement qui a suivi son arrêt maladie est contrainte de mettre fin à sa complémentaire alors même que son état de santé exige des soins, son revenu la mettant pour un temps au-dessus du seuil de la CMU-C, qu'elle a aujourd'hui (104).

Dans bon nombre de cas, les parcours professionnels chaotiques entraînent des ruptures de cotisations et l'interruption du bénéfice d'une complémentaire santé (ex : 96). Parfois des situations quelque peu paradoxales apparaissent : c'est par exemple le cas avec cet homme qui, une fois sans emploi pour raisons de santé, a pu obtenir une complémentaire santé (CMU-C), alors qu'il n'en avait pas lorsqu'il travaillait comme intérimaire (113), ou avec cette femme modeste qui une fois à la retraite a perdu la CMU-C du fait d'une pension supérieure au plafond pour quelques euros (99).

Au travers de ces cas particuliers, les entretiens révèlent d'une façon générale que tout ce qui entraîne des pertes de droits est une cause directe de renoncement, sinon agit comme facteur aggravant. Aussi, retrouver un statut permettant d'accéder à une complémentaire, gratuite ou aidée, est souvent la priorité, comme pour cette jeune femme qui vient de trouver un travail de 15 heures par semaine (75).

La situation de cette enquêtée présente ici un autre intérêt, puisqu'elle nous alerte aussi sur la vulnérabilité de certains statuts professionnels. Cette jeune femme est auto-entrepreneur. Elle n'a pas été vigilante ni non plus informée sur ses droits. Sans activité au moment de l'enquête et n'ayant pas cherché à vérifier son éligibilité au RSA activité lorsqu'elle travaillait, elle est pour l'instant sans complémentaire. Au-delà de son cas, le statut de micro-entrepreneur paraît particulièrement vulnérable (également : 105). Les acteurs du BRSG pourraient être entrepreneurs auprès de ce groupe d'actifs comme auprès d'autres groupes également vulnérables en matière d'accès aux

droits, comme les intérimaires, les jeunes en formation professionnelle, etc. Pour rappel, il y avait près de 900 000 auto-entrepreneurs en mai 2013, dont 410 000 déclarant un chiffre d'affaires.

6 – 2. Le renoncement au repos prescrit

Les remarques sur l'usure des corps introduites plus haut dans les commentaires sur la gravité du renoncement suggéraient les difficultés de s'arrêter de travailler pour maladie. De nombreux entretiens confirment cette autre cause de renoncement, en faisant apparaître un renoncement au repos prescrit ou à sa possibilité. C'est explicite dans 17% des 113 situations étudiées⁵¹ ; ce qui laisse penser que cette raison est minorée au moment du repérage (1,1% de l'ensemble des citations de motifs). Cela semble même récurrent dans certains milieux sociaux. Ainsi, cet exploitant agricole, qui explique son renoncement pour des raisons financières et d'éloignement, sans cacher son manque d'attention à sa santé depuis son divorce, est catégorique : « *Dans mon milieu, c'est même systématique* », et d'ajouter que les personnes attendent le dernier moment pour se faire soigner du fait de la difficulté à s'arrêter de travailler (84).

A lire attentivement ces entretiens on s'aperçoit, là aussi, de la complexité du phénomène. Les conditions de travail, la fragilité des situations professionnelles et la faiblesse des revenus conduisent à renoncer ou à reporter « in extremis » le recours à des soins. L'arrêt de travail pour maladie apparaît alors comme un obstacle certain, mais dans bon nombre de cas, les personnes se sentent tellement usées physiquement que recourir à des soins n'a plus vraiment de sens tant elles ont le sentiment que cela ne servirait à rien – arriverait trop tard – quand bien même elles en auraient la possibilité.

Ainsi cette femme (42), comme d'autres, refuse-t-elle les arrêts maladie que lui conseille son médecin traitant du fait de son état de santé dégradé ; or cette femme usée par le travail ne peut pas s'arrêter pour se soigner car elle perdra une partie de son faible revenu, sinon son emploi. Le cas de cet homme est proche du sien, puisque celui-ci craint d'être licencié si son arrêt maladie se prolonge, alors qu'il a été reconnu « *travailleur handicapé* » par la médecine du travail (51). Même une simple consultation peut être source de difficultés professionnelles : c'est le cas de cette femme qui redoute de devoir passer une visite à la médecine du travail pour un problème cardiaque, car si elle est déclarée inapte elle sait que son employeur la licenciera (21). Sans compter toutes les personnes, comme cette jeune femme avec un enfant travaillant dans un supermarché (55), qui ne pensent même plus à de brefs arrêts de travail dans la mesure où inférieurs à 3 jours ils ne donnent plus lieu au versement d'indemnités journalières, et peuvent même menacer leur emploi.

Regard complémentaire :

Nous retrouvons ici une raison qui est apparue nettement dans la recherche coordonnée par l'ODENORE pour l'Institut de recherche en santé publique (IRESP) sur « *Ce que renoncer à des soins veut dire* » et menée avec des équipes de l'INSERM et des CHU de Grenoble, Genève et Lausanne. Ce rapport indique en particulier que « *le renoncement aux soins tient dans bon nombre de cas au refus de s'arrêter de travailler dû à la précarité des statuts professionnels et des emplois (plutôt sous cet angle en France), mais aussi au risque de tensions au travail en période de crise (plutôt sous cet angle en Suisse). En épidémiologie, des travaux ont déjà montré que la santé est en première ligne lorsque les conditions de travail et l'emploi se précarisent, et que les effets sont multiples* »⁵². D'autres ont par ailleurs noté l'importance des initiatives en entreprise qui,

⁵¹ Se reporter aux synthèses d'entretiens n° : 4, 11, 17, 19, 21, 28, 30, 31, 33, 35, 38, 41, 42, 55, 71, 90, 98, 100, 113.

⁵² Appay B., Thébaud-Mony A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, Éditions de l'Iresco, 1997. Lebas J., Chauvin P., *Précarité et santé*, Paris, Flammarion, 1998. Hélaridot V., « Précarisation du travail et de l'emploi : quelles résonances dans la construction des expériences sociales ? », *Empan* n° 60, 2005, pp. 30-37.

tenant compte du poids de l'environnement professionnel sur les déterminants de santé, visent à prévenir les formes de stress au travail⁵³ ; celles-ci pouvant manifestement agir comme facteur de renoncement aux soins. »
Warin P., Chauveaud C., Mazet P. et al, op. cit., 2013.

6 – 3. Le renoncement, conséquence de ruptures familiales et d'autres événements de vie

Les entretiens montrent souvent que des séparations et dans certains cas des décès réduisent subitement les ressources financières pour se faire soigner. Or ces situations sont fréquentes.

43

Les séparations, en particulier, entraînent parfois la suppression d'une assurance complémentaire du fait d'une baisse de revenus (ex : 86) ou la perte de son bénéfice comme ayant-droit (ex : 110), ou conduit à cotiser à nouveau comme ouvrant-droit (ex : 90). De plus, elles engendrent fréquemment des replis sur soi, qui parfois semblent être dus à une perte d'autonomie (séparation avec le/la conjoint(e) qui administrait les affaires du couple). Ces ruptures peuvent agir aussi sur les psychologies et contribuer à dégrader l'attention que les personnes portent à leur santé ; si bien que le renoncement à des soins apparaît parfois comme l'effet d'un abandon de soi, de sa propre santé⁵⁴.

Dans d'autres situations, ce ne sont pas les conséquences financières d'un divorce qui expliquent le renoncement, mais la conjugaison d'autres raisons qui en découlent. C'est le cas de cette jeune femme (60) : un déménagement suite à la séparation qui l'éloigne de son médecin, la charge d'un enfant qui accapare son temps, un état dépressif qui occasionne un abandon de soi et aiguise des peurs (60). D'autres situations de divorce entraînent d'autres difficultés : c'est le cas de cette femme et de ses 5 enfants dont 4 de moins de 14 ans qui, fuyant un mari violent, se retrouvent dans le Gard où elle ne connaît aucun médecin alors qu'elle et ses enfants accumulent des problèmes de santé chroniques. Cette femme manque apparemment de repères pour trouver de l'aide ; elle vient toutefois de s'adresser au Conseil général pour un hébergement d'urgence, étant à bout de ressources et de forces (69).

Dans d'autres entretiens, c'est parfois la dégradation de la santé du/de la conjoint(e) qui aggrave la situation financière du ménage et conduit par voie de conséquence d'autres membres de la famille à renoncer à des soins. C'est notamment le cas de cette enquêtée qui se voit, en plus, réclamer le remboursement des six derniers mois de salaires de son mari reconnu invalide, par l'ancien employeur de celui-ci (La Poste), alors qu'elle a rencontré à plusieurs reprises médecin conseil et assistante sociale de la CPAM (92). De même, mais c'est plus rare, la perte de revenus peut être occasionnée par la nécessité de l'un des parents de s'arrêter de travailler pour s'occuper d'un enfant malade ou handicapé ; les aides sociales ne compensant pas ce manque à gagner.

Parfois le renoncement est lié à la fin de l'activité professionnelle qui crée une rupture dans les relations sociales liées au travail. Dans ce cas, des personnes – surtout seules – se replient sur elles-mêmes et avec l'âge un mécanisme de déprise apparaît. Le renoncement est la conséquence psychologique d'un abandon de soi (ex : 81). Le comportement de procrastination grandit ; les personnes reportent plus facilement quitte à ne plus se décider.

Enfin, sans que les personnes soient précaires, ce sont d'autres situations personnelles qui conduisent à se priver ou à retarder des soins, comme dans le cas de cet homme qui subit une forte baisse de revenus du fait d'importantes charges lors de la vente de son entreprise (97), ou de celui-ci

⁵³ En particulier, cette revue de littérature internationale : Bambra C., Gibson M., Sowden A. and al., "Tackling the wider social determinants of health and health inequalities : evidence from systematic reviews", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2010/64: 284-291.

⁵⁴ Par exemple les synthèses d'entretiens n° : 35, 38, 39, 41, 63, 64, 65, 69, 71, 72, 80, 82, 83, 84, 86, 87, 91, 99, 106, 112.

qui rencontre des difficultés financières du fait d'impositions nouvelles liées à des droits de succession (100).

6 – 4. La conséquence d'un manque de soutien financier de la part de proches

Sur 113 entretiens, 54⁵⁵, soit près de la moitié indiquent que les enquêtés ne peuvent ou ne veulent compter sur l'aide financière de proches (famille ou amis) pour payer des frais de soins, ni probablement pour éviter d'autres privations (notamment en matière d'habillement, loisirs, vacances), voire même pour « manger à sa faim » (9 cas relevés parmi les 113 entretiens : 18, 19, 20, 34, 42, 49, 69, 71, 113). Si d'une façon générale les ménages modestes dépensent moins que les plus aisés en matière de loisirs et culture, ici, le fait que des enquêtés disent aussi se priver durement sur l'alimentation – alors que c'est le principal poste de dépenses des ménages modestes après le logement – indique que nous avons affaire parfois à des personnes/ménages en très grande difficulté financière⁵⁶.

Ce manque de soutien peut conduire des personnes à :

- S'endetter davantage auprès de banques ou de l'employeur pour se soigner (4, 39, 44, 45, 87, 107, 112).
- Se restreindre sur tout pour pouvoir préserver la colocation qui permet de recevoir ses enfants (14).
- « Jongler en permanence » (ex : 41, 45, 101), etc.

A l'inverse, d'autres entretiens montrent le caractère indispensable de ces aides pour se faire soigner, ponctuellement (ex : 67, 94) ou régulièrement (ex : 80), et plus globalement pour ne pas basculer dans des privations significatives d'une « pauvreté en conditions de vie »⁵⁷ (ex : 65, 84, 88).

L'absence de solidarité ou la peur de solliciter autrui pour se déplacer est aussi source de renoncement, notamment quand l'éloignement est grand avec l'offre de soins (ex : 25, 29, 47, 93, contre exemples : 39, 57, 58).

Regard complémentaire :

Nous retrouvons d'une certaine façon les résultats d'autres travaux menés par l'ODENORE :

Le résultat obtenu dans la recherche menée avec l'équipe « Santé-Précarité » alors dirigée par le docteur Jean-Jacques Moulin au CETAF, pour l'Agence nationale de la recherche (ANR) sur « Le non-recours aux soins des actifs précaires » (n = 1,2 millions de consultants des Centres d'examen de santé de l'Assurance maladie). Cette recherche indiquait une forte corrélation entre non-recours et isolement (notamment absence d'aide en cas de besoin), puisque ce facteur augmente jusqu'à deux fois la probabilité de non-recours à des soins⁵⁸.

⁵⁵ Se reporter aux synthèses d'entretiens n° : 1, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 17, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 30, 31, 33, 34, 37, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 53, 56, 57, 59, 68, 69, 70, 73, 74, 76, 82, 86, 90, 91, 92, 95, 98, 99, 101, 107, 109, 100, 111, 113 ;

⁵⁶ INSEE, *Les inégalités entre ménages dans les comptes nationaux*.

http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1265#inter1

⁵⁷ Godefroy P., Ponthieux S., « Pauvreté en conditions de vie en France et privations matérielles dans les pays de l'Union européenne », in ONPES, *Les travaux de l'Observatoire 2009-2010*, 2010, pp. 289-315.

<http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Godefroy.pdf>

⁵⁸ Chauveaud C., Rode A., Warin P., « Le non-recours aux soins des actifs précaires », Odenore, *Working Paper* n° 2, juin 2010. http://odenore.msh-alpes.fr/documents/OdenoreWP2_1.pdf

Mais aussi la recherche pour l'IRES, dans la mesure où nous retrouvons au travers des entretiens réalisés dans le Gard avec des personnes qui ne peuvent pas compter sur l'aide de proches. Ce qui nous amène au constat alors mentionné, selon lequel nous reviendrions à « *la précarité avant les protections* » pour reprendre l'analyse du sociologue Robert Castel⁵⁹. Non seulement, les personnes perdent leur droit à la santé du fait de moyens insuffisants, mais en plus elles ne peuvent pas s'appuyer sur « *une panoplie de formes d'aide rapprochées* » qui, avant les protections apportées par l'Etat social, permettaient de survivre⁶⁰. Sur ce plan, un entretien réalisé avec une jeune femme (19) est édifiant. Celle-ci et ses amies s'entraident de façon étroite, ne pouvant compter que sur elles-mêmes : « *Avant les jeunes ils allaient boire un verre en ville. C'était avant ! Maintenant, on se retrouve pour aller payer le docteur* ». « *Hier soir avec deux copines, on a passé la soirée autour d'une table à calculer nos factures et à nous organiser pour voir comment finir le mois comme il faut* ».

Il ne s'agit pas de tomber dans on se sait quel pathos. Mais simplement d'indiquer aux acteurs du BRSG ce qui nous semble être l'arrière plan social général du renoncement, tel qu'il est perceptible dans les synthèses des entretiens réalisés. De ce point de vue, les entretiens corroborés par d'autres résultats font apparaître le renoncement aux soins comme la conséquence d'une double contrainte liée à la fragilité à la fois des situations professionnelles et des systèmes d'entraide.

Cela étant, cet ensemble de constats indique cependant que nous sommes face à des raisons qui se conjuguent souvent, sur lesquelles les acteurs du BRSG n'ont pas nécessairement la possibilité ni la capacité d'intervenir. Cette remarque est capitale. Elle indique la limite de l'expérience du BRSG et plus globalement de toute action visant à lutter contre le renoncement aux soins :

⇒ *Quels acteurs directement concernés par le phénomène du renoncement aux soins, seuls ou en partenariat, peuvent améliorer les situations professionnelles, garantir davantage de ressources, produire des solidarités, stabiliser des trajectoires personnelles, redonner une estime de soi, etc. ?*

Dit autrement, le BRSG produit de la connaissance sur un phénomène dont les raisons sont d'une complexité qui, en termes de réponses, dépassent pour une part les missions, moyens et fonctionnements habituels de ses acteurs. Mais toute action contre le renoncement aux soins n'est pas a priori inenvisageable, d'autant que le BRSG étant porté par plusieurs institutions peut être un point d'appui privilégié pour rechercher des réponses collectivement, sinon des réponses communes. Aussi est-il important de mettre en avant maintenant, des raisons qui relèvent explicitement d'un *manque de guidance* dans les parcours de soins dans l'accès aux droits et aux services, sur lequel les acteurs du BRSG ont probablement la possibilité d'agir.

6 – 5. La conséquence d'un manque de guidance de la part des professionnels de santé

A) Manque de guidance et manque de discernement

Nous avons parlé plus haut du manque de guidance dans le parcours de soins en examinant le faisceau d'autres raisons que financières et les facteurs aggravants. La notion de manque de guidance renvoie au manque de vigilance, d'incitation et d'accompagnement de la part des professionnels de santé comme des professionnels de l'administratif et du social. Partant de cette définition, la guidance attendue en l'occurrence des professionnels de santé renverrait à la fois :

- A l'organisation du parcours de soins et l'orientation du patient vers le professionnel de santé le plus apte à répondre à ses besoins de santé et à ses possibilités financières.

⁵⁹ Castel R., *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard, 1995. Castel R., Haroche C., *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi. Entretiens sur la construction de l'individu moderne*, Paris, Fayard, 2001.

⁶⁰ Schultheis F., Frauenfelder A., Delay C., « Les classes populaires aujourd'hui : conditions de travail et modes de vie », SCALA Discussion Paper n° 14/2009, Research Centre for Ageing, Welfare and Labour Market Analysis, p. 8.

- Au conseil dans la planification des soins à réaliser.
- A l'orientation éventuelle vers les dispositifs d'assurance et d'aide sociale.

Si l'on reprend les textes, l'idée même de guidance est au cœur des concepts de *soins primaires* et de *premier recours* définis sur le plan international.

Regard complémentaire :

Pour rappel, le concept de « **soins primaires** », défini lors de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires d'Alma Alta en 1978 porte une ambition de justice sociale qui est de garantir à tous des soins de base : « *Dans son acception opérationnelle, le concept de soins primaires renvoie aux notions de premier recours, d'accessibilité, de continuité, de permanence et de coordination des soins en lien avec les autres secteurs, c'est-à-dire aux missions assurées par les professionnels des soins ambulatoires.* » En particulier, par « **premier recours** », « *on entend des structures ou des intervenants du système de soins assurant le premier contact du parcours de soins, autour de quatre missions essentielles, notamment pour les plus démunis : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ; l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; l'éducation pour la santé.* »

Warin P., Chauveaud C., Mazet P. et al., op. cit., 2013, p. 26.

Le manque de guidance n'agit pas seul au sens où il paraît d'autant plus peser comme raison du renoncement que les personnes qui disent le subir, par ailleurs manquent de discernement. Elles n'ont apparemment pas les ressources cognitives et/ou relationnelles suffisantes pour avoir une idée claire de leurs besoins et maîtriser par elles-mêmes leurs parcours de soins ainsi que l'ensemble de leurs démarches administratives. Aussi, doit-on intégrer cette notion de *manque de discernement* si l'on veut percevoir au mieux les conditions dans lesquelles le manque de guidance se fait ressentir.

Les entretiens renvoient des avis parfois critiques sur les professionnels de santé. Il est important d'en rendre compte, mais il faut tout autant être attentif à l'importance accordée aux soutiens qu'ils apportent. Aussi, avons-nous cherché à caractériser le manque de guidance au regard de diverses situations et à indiquer ses conséquences en termes de confiance détériorée, avant de souligner que bien souvent les relations aux médecins vont au-delà de la prise en charge de la maladie. Ces « relations aidantes » paraissent d'autant plus importantes qu'elles constituent à l'évidence un atout majeur pour agir sur les situations de renoncement.

B) Des situations diverses qui questionnent les pratiques professionnelles

Cela étant, assez souvent les enquêtés reprochent aux médecins généralistes de faire le minimum et parfois de pousser à la consommation d'actes, et pour les spécialistes de pratiquer des tarifs inabordables. C'est le cas dans 38 entretiens sur 113 soit un sur trois⁶¹. Certaines personnes ont le sentiment d'être victimes d'une médecine marchande « *spéculative* », qui cherche le rendement, en procédant à « *des consultations à la chaîne* » (25), et une rentabilité maximale quand le rapport au médecin est devenu « *plus commercial* » (67). Certains disent devoir défendre leurs droits liés à la CMU-C ou à l'ALD (ex : 70, 103) pour éviter des restes à charge indus. Souvent les personnes relient ce qui leur semble être le souci du profit (médecine mercantile) au manque de praticiens qui peut conduire à des consultations qui paraissent d'autant plus hâtives que les délais d'attente ont été longs. Cette observation se retrouve notamment dans les entretiens réalisés avec des personnes vivant en dehors des territoires les plus urbanisés du département (ex : 97).

⁶¹ Se reporter aux synthèses d'entretiens n° : 2, 4, 6, 11, 13, 20, 22, 25, 28, 29, 34, 38, 42, 44, 49, 52, 56, 64, 65, 66, 67, 68, 71, 77, 79, 81, 84, 88, 90, 95, 96, 97, 99, 102, 104, 106, 109, 112.

Cette forme de ressentiment a conduit plusieurs enquêtés à changer de médecin traitant ou à rechercher un autre spécialiste, en s'appuyant souvent sur le bouche-à-oreille ; certains à mettre fin à des soins dont ils ne voient que le coût et pas les effets ou l'utilité (ex : 106), d'autres à se détourner de la médecine allopathique (ex : 84, 102), certains à se reporter sur l'hôpital (ex : 89, 90, 94). A ce propos, des personnes recourent aux urgences hospitalières pour la gratuité des soins. Comme cette femme qui a « *préféré aller aux urgences pour ne pas payer* » des soins gynécologiques (38), et celle-ci pour accéder au service d'ophtalmologie (56), ou cette mère de famille obligée de se rendre à l'hôpital avec ses enfants (45).

Parfois, mais c'est plutôt rare dans les entretiens, les personnes limitent volontairement leurs recours aux médecins, moins par méfiance ou déception que par refus de la marchandisation de la médecine et des formes de surconsommation qui en découlent. Dans ces cas, il s'agit moins pour les personnes de renoncer à des soins que de recourir raisonnablement à la médecine (ex : 102, 109). Socialement, ces enquêtés sont parmi les plus favorisés de l'échantillon, sur le plan économique et/ou socioculturel.

Vis-à-vis des médecins traitants, les enquêtés plutôt critiques considèrent que leurs besoins de soins ne sont pas suffisamment pris en compte. Ces personnes souvent regrettent, sinon reprochent, aux médecins de moins, voire de ne plus considérer leurs maux dans leur globalité pour s'en tenir en priorité aux symptômes. En clair, les consultations et les prescriptions leur paraissent insuffisantes. Ces personnes signifient ainsi que les médecins ne leur apportent pas l'attention, voire des conseils sinon des soutiens, qui pourraient agir sur les facteurs d'activation du renoncement. De ce point de vue, il apparaît que les personnes n'ont finalement pas le sentiment d'être soignées quand les médecins traitants ou les spécialistes sont insuffisamment incitatifs et accompagnants. Ce manque de guidance peut aussi avoir des conséquences psychosociologiques et ainsi agir sur la gravité du renoncement.

Vis-à-vis des dentistes, ophtalmologistes et spécialistes, la situation se présente pour beaucoup sous l'angle financier. Dans de nombreux cas, les personnes ne donnent pas suite à des devis car elles ne peuvent payer⁶². En l'espèce la question des honoraires libres est posée, mais aussi et surtout celle du coût croissant des appareillages. Dans un rapport de 2013, la Cour des comptes préconisait notamment de mieux réguler le marché de l'optique correctrice et des audioprothèses. La Cour pointait en effet « *l'opacité de ce marché et les marges élevées qui y sont pratiquées (275 euros en moyenne par paire de lunettes, selon l'UFC Que choisir). Dans le même temps, la Sécurité sociale prend en charge 2% de ces dépenses (200 millions sur un total estimé à 5,3 milliards), laissant aux assurances complémentaires de santé l'essentiel de l'effort* »⁶³. Plus récemment, le 15 juillet 2014, l'institution a publié un rapport sur les « dépassements » d'honoraires à la demande de la Commission des Affaires sociales du Sénat⁶⁴. Alors que ces dépassements ont représenté 2,4 milliards d'euros en 2012, la Cour des comptes encourage « *le Contrat d'accès aux soins entré en vigueur le 1^{er} décembre 2013, qui propose aux 30 000 médecins du secteur 2 de limiter leurs dépassements en échange d'une prise en charge de leurs cotisations sociales estimées à 4 300 euros par an en moyenne* ». En mars 2014, seuls 10 700 praticiens avaient adhéré à ce dispositif »⁶⁵ jugé peu contraignant par la Cour (la limite du dépassement étant fixée à 1,5 fois le tarif de la Sécurité sociale).

⁶² Par exemple les synthèses d'entretiens n° : 26, 38, 39, 42, 43, 44, 58, 65, 66, 68, 74, 79, 96, 105, 106 ;

⁶³ *Alternatives économiques*, n° 328, octobre 2013, p. 28.

⁶⁴ Cour des comptes, *Les relations conventionnelles entre l'Assurance maladie et les professions libérales de santé*, communication à la Commission des Affaires sociales du Sénat, 15 juillet 2014.

<http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Les-relations-conventionnelles-entre-l-assurance-maladie-et-les-professions-liberales-de-sante>

⁶⁵ *Alternatives économiques*, n° 338, septembre 2014, p. 31.

Mais la question est aussi que les personnes ne sont pas pour autant orientées vers des services de soins ou des professionnels conventionnés. Ou alors, comme cela peut arriver, elles peuvent l'être sans beaucoup de délicatesse lorsque le praticien renvoie le patient à « l'hôpital des pauvres » (ex : 103). En tout cas, bien peu de celles qui ne disposent pas de complémentaire reçoivent alors le début d'un conseil de la part de ces professionnels ou de leurs assistants. Et quand des personnes sont dirigées vers le CES, il peut arriver qu'on leur conseille de consulter des spécialistes mais sans leur donner d'orientation plus précise ou mettre en place un accompagnement, si bien que la personne est renvoyée à elle-même (ex : 74, 107, 108).

Il faut bien se rendre compte que selon les tempéraments des personnes, ces parcours difficiles peuvent alors aboutir à des replis sur soi, des formes d'oubli ou d'abandon des besoins de soins ; soit à un renoncement du fait du caractère vraisemblablement durable sinon définitif de ces comportements (ex : 105). D'une façon générale, le manque de guidance participe aux parcours de soins erratiques que l'on observe dans les entretiens. Ainsi des enquêtés, déçus par l'hôpital se rendent-ils ensuite dans des cliniques et supportent des restes à charge élevés que parfois ils n'imaginaient pas à défaut de comprendre la différence entre public et privé (68). Les parcours de soins sont d'autant plus erratiques et souvent difficiles à réorienter que les personnes véhiculent des représentations brouillées du système de santé.

Sur ce plan, les entretiens montrent en effet que les personnes établissent souvent une relation entre honoraires élevés et qualité des soins si bien que plusieurs pensent sans élément aucun que le secteur conventionné et les dispositifs dits de soins primaires offrent moins de garantie : « *C'est vrai qu'on n'a pas des spécialistes chevronnés. Il y en a où ce n'est pas la peine* » (85) ; « *Après si vous êtes sûr que le gars il est au top, je préfère mettre un peu d'argent* » (89). A l'inverse, d'autres personnes considèrent que ces dispositifs (centres mutualistes, maisons médicales, ...), comme l'hôpital, offrent une qualité de soins supérieure et que « *au pire* » elles pourront toujours consulter en évitant les avances de frais⁶⁶ ; elles y recourent sans difficulté, assurées de la qualité des soins.

De ce point de vue, la question du manque de guidance relève aussi du manque de communication publique sur le système de santé. La question est d'autant plus importante qu'il arrive de constater que les personnes ne sont plus en mesure d'apprécier leurs besoins de soins du fait du foisonnement des messages de « bonnes conduites » en matière de santé. Notamment, des messages de prévention portant souvent sur des facteurs modifiables tels la nutrition ou les activités physiques et parfois sur les dépistages et la vaccination, sont brouillés par les nombreux messages commerciaux de promotion de traitements sans prescription sur avis médical, plus ou moins certifiés d'un point de vue sanitaire (voir le cas des publicités sur Internet pour différents types de produits parfois issus de contrefaçons et qui inquiètent les responsables de la santé publique⁶⁷).

C) Du manque de guidance au manque de confiance

Les entretiens vont parfois au-delà et font apparaître un problème de confiance, au-delà du manque de guidance. A la différence du manque de guidance qui est d'autant plus marqué quand les personnes manquent de discernement, d'autonomie et de réactivité, le manque de confiance semble à l'inverse plus fort quand les personnes semblent être en mesure de maîtriser les événements, car elles ont plus de moyens ou de capacités à prononcer un jugement signifiant une forme de rupture.

⁶⁶ Par exemple les synthèses d'entretiens n° : 55, 56, 79, 82, 89, 90, 101, 104.

⁶⁷ A cet égard, voir le récent rapport de l'Institut de recherche anti-contrefaçon de médicaments (IRACM), « Contrefaçon de médicaments et organisations criminelles », septembre 2013 : <http://www.iracm.com/wp-content/uploads/2013/09/A-Rapport-Etude-IRACM-Contrefacon-de-Medicaments-et-Organisations-Criminelles-FR-FINAL-copie-2.pdf>

Ce manque de confiance surgit dans de multiples situations où les pratiques des professionnels et par conséquent les relations avec eux sont jugées pour le moins défectueuses, sinon inacceptables. Ainsi est-ce le cas extrême (et rare) de personnes qui :

- vivent un drame qui met en cause leur confiance dans la médecine et les systèmes de soins, comme dans le cas de cette femme qui a perdu son fils lors d'une intervention chirurgicale et qui recourt à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (87).

Ou le cas plus fréquent de personnes qui :

- s'estiment victimes d'une infection non maîtrisée par le médecin traitant (12) ou contractée sur un site chirurgical (17).
- Se sentent abandonnées par leur médecin traitant dans des démarches de reconnaissance d'une maladie professionnelle (10, 21), ou de recours juridictionnel suite à des accidents (80).
- N'acceptent pas les visites de suivi oubliées qui les privent d'autres soins (50), les possibles erreurs ou contradictions dans des prescriptions (27, 28, 44), ou les soins apparemment « honteux » (37, 81) lorsque – selon les enquêtes – les médecins (chirurgiens en l'occurrence) n'ont pas réalisé des actes conformes, mais aussi parce qu'à cause d'interventions ratées les personnes ont honte de leur corps (comme cette femme qui attribue à ce ratage son absence de vie sexuelle, étant d'ailleurs en procès contre le chirurgien : 81).
- Sont scandalisées, mais impuissantes, devant :
 - un spécialiste qui confisque leur carte vitale le temps que la consultation soit payée (et qui de ce fait ont à payer l'hôpital à la suite d'une urgence : 19), ou un autre qui la refuse (110),
 - des médecins qui négocient leurs honoraires et qui facturent en plus une visite post-opératoire pourtant incluse dans le prix annoncé (88),
 - des praticiens qui doutent de leur solvabilité et ainsi provoquent un sentiment d'humiliation (33, 50, 103), ou qui refusent explicitement une demande de consultation du fait de la CMU-C, ou dissuadent ces patients en leur proposant des rendez-vous très lointains, etc.⁶⁸, provoquant parfois une « honte d'être à la CMU-C » et toujours une forme de colère,
 - des spécialistes qui refusent le tiers payant, alors que cette patiente présente le justificatif ACS dans le cadre de son parcours de soins (39),
 - des praticiens qui facturent à la CPAM un plus grand nombre d'actes que réalisés (92),
 - un autre qui menace de poursuivre cette femme en difficulté financière subite suite à un divorce et qui refuse tout étalement du paiement (82)⁶⁹,
 - des remboursements de frais d'orthodontie plusieurs mois après les soins (92).
 - etc.

De telles situations laissent des traces durables et profondes. Elles dissuadent souvent les personnes à venir les consulter de nouveau. Or, c'est aussi au travers de la perte de confiance qu'elles induisent, sans parler des humiliations et vexations qu'elles provoquent, que le sentiment d'injustice – ici, comme dans bien d'autres situations – trouve un terreau supplémentaire.

⁶⁸ Par exemple les synthèses d'entretiens n° : 74, 83, 84, 88, 95, 96, 99, 105, 108, 109, 113.

⁶⁹ En réaction cette femme a alerté l'ordre des médecins.

D) L'importance des relations aux professionnels de santé

Dans de nombreux entretiens, les enquêtés soulignent l'importance pour eux de l'attention que leur portent les médecins généralistes et les spécialistes. Sans cette attention, les personnes seraient totalement dépassées et sans capacité à progresser dans un parcours de soins :

- C'est le cas parmi d'autres de cette femme, d'origine étrangère, mère de cinq enfants dont plusieurs avec des pathologies sévères (76). Maîtrisant mal le français et sans repères pour se diriger d'elle-même vers des spécialistes, elle se fie totalement à son médecin traitant ; celui-ci a aussi l'avantage de parler sa langue. Cette proximité fonde une relation de confiance.
- C'est aussi le cas de cette femme, mais pour des raisons différentes. Depuis son divorce, elle reconnaît sa tendance à se confier davantage sur son médecin traitant, qui sait la guider vers des spécialistes (82).
- Elle ne serait pas démentie par cette autre enquêtée, une très jeune femme seule avec trois enfants, qui considère que son médecin traitant est sa « copine », laissant entendre dans son récit que celle-ci lui accorde beaucoup de disponibilité pour la conseiller et l'aider au-delà des besoins de soins immédiats (83).
- C'est ce que constate aussi cette autre jeune mère (110). Ou encore cette femme plus âgée, vivant seule, dépressive, pour qui son médecin traitant compte beaucoup : « Elle me connaît bien, je me sens rassurée avec elle » (86).

Les entretiens apportent de nombreux autres exemples qui vont dans ce sens, mettant en avant les comportements des professionnels de santé :

- De cet ORL (58) ou ces dentistes (63, 67) qui proposent un étalement des paiements et guident leurs patients vers des organismes sociaux, ou ce gastroentérologue en secteur 2 qui n'applique pas d'honoraires libres et étale les encaissements (59).
- De ce généraliste qui guide aussitôt sa patiente vers un cardiologue pour lui obtenir un rendez-vous rapidement après une alerte détectée lors d'une consultation au Centre d'exams de santé de l'Assurance maladie (61).
- De cet autre médecin généraliste qui, lui aussi, a directement aidé son patient – peu autonome sur le plan administratif – à constituer une demande de CMU-C, et le pharmacien qui lui a expliqué quels étaient ses droits en tant que bénéficiaire (112).
- De ce médecin de la CARMI qui reprend le dossier d'une patiente insatisfaite de son médecin traitant, établit avec elle un parcours de soins correspondant à ses besoins et prend contact pour elle avec les spécialistes nécessaires (88).
- De ce médecin hospitalier qui procède aux examens nécessaires sans avance de frais et dirige sa patiente, nouvelle dans la région, vers un Centre de prévention spécialisé, suppléant ainsi aux apparentes lacunes du médecin traitant, sans toutefois aller jusqu'à alerter les services sociaux, notamment de la CPAM, sur la situation sociale difficile et l'absence d'autonomie administrative de cette personne sans complémentaire santé (93).
- Etc.

Tout en reconnaissant souvent une grande confiance dans les médecins généralistes ou spécialistes, nombreux sont ceux qui, cependant, admettent ne pas leur parler spontanément de tous leurs besoins de soins (notamment gynécologiques, ophtalmologiques, etc.) ou de leurs difficultés (notamment financières) à se soigner (ex : 92, 100, 106, 108), voire même de problèmes de santé handicapant (ex : 111). Dans de nombreux cas même, les enquêtés sont surpris par la question. Pour beaucoup, il ne leur viendrait pas à l'esprit de parler à leur médecin traitant de leur renoncement à des soins dentaires par exemple, n'imaginant pas que ce dernier puisse les conseiller en la matière (ex : 73, 101). Ni pour d'autres de parler de leurs besoins de soins à des acteurs, institutionnels ou associatifs, qui les aident sur d'autres plans (ex : 74).

Agir sur les représentations fait ainsi partie de la guidance qui pourrait contribuer à prévenir le phénomène du renoncement. Mais cela ne se décrète pas. La patientèle peut être très hétérogène et il est très difficile pour les professionnels de santé de pouvoir remarquer dans l'exercice de leur pratique quelles sont les problématiques sociales, psychologiques, psychiques des patients qu'ils accueillent. Parfois les médecins – comme d'autres professionnels – sont confrontés aussi à des situations de crise, voire de violence⁷⁰. Aussi, ont-ils probablement besoin d'être préparés et de trouver des relais pour prendre en compte des situations complexes qui ne relèvent plus de leurs seules compétences. Dans ce sens, les recommandations récentes du Collège de la Médecine Générale pour enregistrer la situation sociale d'un patient adulte⁷¹ peuvent conduire à des outils utiles de détection des difficultés vécues. Néanmoins, les pratiques de « reporting » qui pourraient ainsi être mises en place nécessitent un ou des destinataires qualifiés et compétents pour prendre en charge tout ou partie les difficultés rencontrées. De ce point de vue, on peut noter la diffusion d'outils précis au service d'une prise en charge globale, médicosociale, des patients dans des dispositifs de soins primaires, comme le montre l'expérience suisse des médecins de premier recours⁷².

Aussi l'importante question de la formation des professionnels de santé doit probablement être posée dans ce sens, comme elle vient de l'être dans un rapport récent du Défenseur des Droits où a été faite la proposition (déjà apparue dans d'autres rapports) d'intégrer dans la formation des modules sur les problématiques de l'accès aux soins⁷³. L'enjeu est cependant très complexe, car les relations aux patients sont largement affaire de psychologie. Sur ce plan, notons simplement que des enquêtés reconnaissent parfois être eux-mêmes négligents dans leur parcours de soins (ex : 55, 92) ou se trouver dans des prédispositions (essentiellement d'ordre psychologique) qui compliquent leurs rapports aux praticiens (exemple : 59). Ces différentes attitudes à l'égard des médecins peuvent être traversées par des peurs de la maladie et la lassitude des soins (ex : 103).

⁷⁰ L'observatoire de la sécurité des médecins mis en place en 2003 par l'Ordre national des médecins note une nette augmentation du nombre de violences à leur égard : 798 signalements en 2011, 925 en 2013.

<http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1421>

⁷¹ Collège de la Médecine Générale, Groupe de travail universitaire et professionnel, *Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ?*, document provisoire, mars 2014.

http://www.lecmg.fr/photos/doc_iss_02_04.pdf?PHPSESSID=4a88a3ooml42ainemi0fphdas5

⁷² On peut signaler notamment le questionnaire DiPCare-Q (Deprivation in primary care/Questionnaire, ou questionnaire sur la précarité au cabinet du médecin de premier recours), considéré par les professionnels comme simple et fiable. Notamment : Vaucher P. *et al.*, "Detecting and measuring deprivation in primary care: development, reliability and validity of a self-reported questionnaire: the DiPCare-Q", *BMJ Open*, 2012.

⁷³ Le Défenseur des Droits, *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME*, Rapport remis au Premier ministre, mars 2014.

<http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/upload/rapport-ddd-les-refus-de-soins-opposes-aux-beneficiaires-de-la-cmu-ac-s-ame-201403.pdf>

6 – 6. La conséquence d'un manque de guidance de la part des services administratifs et sociaux

Le manque de guidance relevé pour les professionnels de santé concerne aussi les services administratifs et sociaux. D'autant que de très nombreux enquêtés, par manque de discernement, ont des difficultés à comprendre leurs droits, à organiser leurs demandes et à entreprendre des démarches.

Des entretiens rendent compte de situations complexes où la difficulté à obtenir un droit bloque d'autres démarches, mettant en avant les multiples plans sur lesquels les personnes doivent agir, avec plus ou moins de discernement et de soutien de la part de professionnels ou de proches. Dans ce cas (ex : 71), renoncer à des soins est en partie la conséquence d'un imbroglio de circonstances que les personnes ne parviennent pas ou plus à maîtriser. Force est de constater que le cloisonnement entre services administratifs et/ou sociaux aggrave le tout dans la mesure où les personnes n'ont pas un interlocuteur principal qui pourrait les guider. Le fait est que le renoncement est parfois essentiellement lié à un manque de discernement même si des raisons financières entrent en partie en ligne de compte (ex : 77, 85).

Le manque d'accompagnement administratif provoque aussi des situations complexes, comme celle vécues par cet homme qui, admis aux urgences du CHU, découvre qu'il « *a été radié* » de la Sécurité sociale alors même que ses cotisations ont été ininterrompues tout au long de son séjour dans son pays d'origine au début de sa retraite (101). Le même homme sera par ailleurs obligé de rembourser une somme importante que lui a versée par erreur son organisme complémentaire, le contraignant à emprunter auprès de sa banque. A chaque fois, cet homme s'est débrouillé par lui-même, sans penser ou oser revenir vers l'assistante sociale du CHU qui lors de son admission s'en était apparemment tenue à lui présenter de possibles assurances complémentaires.

Parfois, il s'agit plus simplement d'une question d'information qu'il est nécessaire de répéter pour éviter des ruptures de droits : comme pour cette femme âgée, isolée, qui a perdu l'avantage de l'ACS n'ayant pas su ou compris qu'il fallait en renouveler la demande (99). Ces cas ne sont pas isolés (ANNEXE 14). Ils conduisent à réfléchir aux procédures d'informations ciblées qu'il serait utile de mettre en œuvre et aux dispositifs d'alerte qui pourraient aider les organismes sociaux à intervenir avant la fin d'un droit.

Plusieurs situations relatées lors des entretiens interrogent aussi sur les relations avec les usagers qui n'ont pu être mises à profit sur le champ ou à leur issue pour procéder à une information particulière sans parler d'un inventaire des droits. C'est par exemple le cas de ce travailleur indépendant qui n'obtient pas de réponse à ses demandes quant à la reconnaissance dans le cadre d'un accident du travail d'une blessure importante occasionnée dans son activité professionnelle : il continue de travailler, payant de sa poche des séances de kiné qui ne font que le soulager momentanément (98). Aussi, comprend-on le dépit des personnes qui s'estiment lésées lorsqu'elles découvrent tardivement ce dont elles n'ont pas bénéficié alors que leurs besoins étaient pourtant importants. C'est ce qu'explique cet homme qui s'est démené seul plus de deux ans pour subvenir aux différents besoins de sa femme atteinte d'un cancer, et qui apprend, après son décès, qu'il aurait pu bénéficier d'une aide à domicile. Cela lui aurait évité d'interrompre une activité professionnelle qu'il n'a pas retrouvée depuis ; il est maintenant au RSA (95). Comment se fait-il qu'à aucun moment un professionnel ou un service s'occupant de sa femme n'ait pas pris en compte la situation de cet homme ?

Du côté des services administratifs et parfois sociaux on trouve également, comme dans les relations aux professionnels de santé, des défaillances, par manquement aux règles et procédures ou par excès de demandes abusives. Des entretiens questionnent parfois les contrôles opérés par l'Assurance maladie (services administratifs ou médicaux), qui paraît alors plus soucieuse des

possibles fraudes que des droits non ouverts ou interrompus⁷⁴. D'autres interrogent les fonctionnements des services. Sur ce plan, la synthèse de l'entretien 46 rend compte d'une situation exemplaire des incohérences que le système de l'Assurance maladie peut engendrer et des dégâts engendrés pour les assurés sociaux et leurs familles. Que cette synthèse d'entretien parle de « *cafouillages* » est en soi significatif. Après 5 mois d'arrêt maladie, cette femme reprend le travail en mi-temps thérapeutique. Convoquée par le médecin conseil de l'Assurance maladie, on lui conseille, vu la gravité de sa maladie chronique, de monter un dossier invalidité. Les choses prennent tournure puisque le service social, averti, prend rapidement contact avec elle pour préparer ledit dossier. Quelques temps après, cette femme est de nouveau contrôlée par le même médecin conseil. Le diagnostic change et remet en cause la demande de reconnaissance d'invalidité. Aussitôt la personne contacte l'assistance sociale qui la rassure, pensant à une erreur. Au final l'avis rendu est négatif. La demande de reconnaissance en invalidité est annulée et une fin immédiate de l'arrêt maladie est prononcée. Cette femme est d'autant plus déboussolée que pendant son arrêt maladie, elle aurait reçu un courrier de la CPAM lui assurant une prise en charge sur 3 ans.

On retrouve aussi dans les relations aux services administratifs et sociaux des situations qui sont ressenties comme scandaleuses. C'est le cas de cette très jeune femme, élevant seule ses trois enfants avec très peu de ressources qui se voit répondre par les assistantes sociales qu'elle sollicite, qu'avant de demander de l'aide elle doit trouver un logement moins onéreux et solliciter d'abord ses proches.

Les entretiens signalent d'autres types de difficultés encore, comme celles liées à l'organisation des services sur les territoires. C'est le cas pour cet homme, pompier professionnel, qui a le plus grand mal à faire établir une carte vitale à sa conjointe, biélorusse, du fait de la « *fermeture du bureau de la Mutualité de la fonction publique à Nîmes* ». Si la multiplication de telles situations était avérée, le renoncement aux soins apparaîtrait aussi comme la conséquence du non respect des principes fondamentaux du service public, comme ici celui de la *continuité*. C'est aussi le problème de cet autre enquêté, au RSI, dont la femme doit suspendre ses consultations traitements n'étant pas prise en charge ni remboursée alors même qu'elle est ayant-droit et que les cotisations sont à jour. Cet homme découvre que le sous-traitant à qui le RSI confie le suivi des remboursements n'a apparemment pas de fichier à jour (97).

D'un cas à l'autre on s'aperçoit que les personnes peuvent manquer de discernement. Pour autant, il ne s'agit que d'un facteur d'activation car bon nombre de situations indiquent que même des personnes averties ou en tout cas en mesure d'agir par elles-mêmes subissent, souvent à leur insu, des difficultés administratives qui entravent leur accès à des soins.

De telles situations contribuent également à entamer la confiance dans les professionnels et les institutions. Or cette perte de confiance peut entraîner des replis. Les personnes ne cherchent plus à ouvrir les droits pour lesquelles elles pourraient être éligibles et s'installent ainsi dans du *non-recours définitif* : ainsi des personnes ne font plus de demande de CMU-C, d'ACS, de reconnaissance de maladie professionnelle, d'invalidité ou de handicap, etc.⁷⁵ Ce non-recours définitif provient souvent des refus reçus lors de premières demandes. Ces refus sont incompris des personnes, ce qui ne veut pas dire qu'ils n'aient pas été expliqués. Ainsi, cette femme qui avait essuyé un refus de la CAF lors d'une demande d'aide sociale, s'abstient de s'adresser à la CPAM pour une aide financière pour soins dentaires, malgré les conseils de ses proches (90). Du fait de ces refus administratifs, les personnes se considèrent comme non éligibles et ne cherchent plus à demander une aide. Tout en même temps, un sentiment d'illégitimité, une crainte du refus, l'absence d'information, etc., expliquent ce comportement de non-recours (ex : 94). Quelle que soit la situation, le résultat final est que les

⁷⁴ Par exemple les synthèses d'entretiens n° : 33, 35, 36, 40, 75.

⁷⁵ Par exemple, les synthèses d'entretiens n° : 77, 78, 79, 81, 83, 104.

personnes ne recourent pas aux droits auxquelles elles peuvent prétendre, sur le moment ou plus tard. Ces observations, qui recourent les résultats de nombreux autres travaux de l'Odenore, attirent l'attention sur l'importance de la communication institutionnelle des décisions.

7 - Le renoncement comme comportement intégré

Au-delà des situations de non satisfaction de besoins de soins qui entrave le bien-être physique des personnes⁷⁶, le renoncement est aussi un comportement de repli durable sinon définitif par rapport à l'offre de soins fournie par le système de santé. De ce point de vue, le phénomène du renoncement interroge le sens même de la notion de protection sociale quand des personnes sont à l'écart des actes accessibles au plus grand nombre.

55

Pour aborder la question du renoncement comme comportement, il convient de faire état en premier lieu du constat selon lequel les personnes réagissent en général comme elles le peuvent pour sortir de cette situation. De cette façon, l'ambivalence du phénomène apparaît au sens où, même si les personnes ne se résignent pas (ou très peu d'entre elles) et donc ont toujours pour objectif de se faire soigner, elles recherchent assez souvent des alternatives qui leur permettent de répondre un tant soit peu à leurs besoins de soins, tout en étant durablement à côté des actes de soins qui leur seraient nécessaires. Dans ce cas, le renoncement apparaît comme un *comportement intégré* au sens où les personnes s'installent dans des alternatives à défaut d'accéder aux soins possibles dans notre système de santé.

7 – 1. Des réactions pour sortir du renoncement

Toutes les personnes rencontrées lors des entretiens sont attachées à leur santé. Celle-ci leur paraît d'autant plus prioritaire quand elles renoncent à plusieurs soins et a fortiori depuis longtemps, et lorsque les conséquences leur paraissent graves. L'analyse des entretiens montre comment 96 personnes sur 113 se démènent pour satisfaire leurs besoins (ANNEXE 15).

Chacun réagit et agit en fonction de ses capacités et de ses ressources, selon son discernement des rouages administratifs et de l'offre de soins. Pour sortir du renoncement, beaucoup se dirigent vers des services administratifs ou sociaux de façon à s'informer de leurs droits et si possible pour en ouvrir ou en retrouver. Parfois des personnes engagent des procédures juridictionnelles afin d'obtenir la reconnaissance d'une maladie professionnelle, d'un handicap, d'une invalidité. Ces situations plutôt rares attestent d'une *judiciarisation* du renoncement, comme il en va dans d'autres domaines lorsque des usagers s'estiment lésés par un acteur public ou privé⁷⁷.

Globalement la CPAM est assez peu identifiée comme possible recours, alors même que dans un cas sur deux des actions d'information, d'orientation, d'accompagnement pouvant déboucher sur des aides financières ou non financières auraient permis de prévenir ou d'amortir les difficultés. Des actions que la CPAM aurait pu, seule ou avec d'autres acteurs, entreprendre, sous réserve de préciser – c'est principal – lesquelles et si celles-ci constituent une nouvelle offre de services accessible à tous.

L'analyse des explications du renoncement présentées plus haut rend compte de ce qui manque ou dysfonctionne. Outre les actions d'information sur les possibilités (aides et prises en charge,

⁷⁶ Pour rappel, dès 1946 l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini la santé comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social, (qui) ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Source : ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, *Stratégie nationale de recherche, Rapport de l'Atelier n°4 « Santé et bien-être »*, Paris, mars 2014.

⁷⁷ Commaille J., « La judiciarisation de la société française. Compte rendu de conférence », *Futuribles*, 2006.

<https://www.futuribles.com/fr/base/document/la-judiciarisation-de-la-societe-francaise/>

démarches à accomplir, tiers-payant, etc.), on aperçoit dans la moitié des cas combien la mise en place d'interfaces dans le traitement des dossiers et les parcours de soins serait utile (ANNEXE 15). Ce type d'action à moyen ou long terme engage plusieurs acteurs (administratifs, sociaux, médicaux) et demande de faire évoluer les pratiques. Si souvent les organismes sociaux sont concernés, on constate de nombreuses fois aussi l'absence de relais entre professionnels de santé. En particulier, ces situations pointent tout l'enjeu du développement de soins primaires et notamment d'une médecine de premier recours évoqué plus haut. Enjeu qui est au cœur du rapport sénatorial sur *L'accès aux soins des plus démunis*⁷⁸ et de la perspective du Service Public Territorial de Santé (SPTS, en projet dans la Loi santé 2014). Enjeu qui attend notamment la concrétisation de la volonté de la ministre des Affaires sociales et de la Santé exprimée lors de la présentation de la Stratégie nationale de la santé en septembre 2013 d'amener « *de nouvelles pratiques et une transformation culturelle* » dans notre système de santé⁷⁹.

Ce commentaire n'a évidemment pas de portée évaluative. Une évaluation de processus ou de pratiques demanderait une analyse fine de ceux-ci, mais aussi de comparer les résultats des entretiens avec les éléments contenus dans les dossiers administratifs. Cependant, même si les situations de renoncement aux soins n'apparaissent pas directement liées aux procédures et pratiques des acteurs du BRSG, l'examen des actions tentées pour sortir ou éviter le renoncement indique clairement par endroits que des fonctionnements propres à un acteur particulier ou à plusieurs (employeurs compris) ont des raisons d'être améliorés.

7 – 2. La recherche d'alternatives à défaut d'accéder à l'offre de soins disponible

Du fait de l'impossibilité durable d'accéder aux soins nécessaires, le renoncement fait parfois partie des conditions de vie et pousse les personnes à trouver des alternatives.

De ce point de vue, trois séries d'observations montrent comment une partie de la population du BRSG a intégré les difficultés sinon l'impossibilité de se faire soigner en fonction des besoins ressentis. Le recours à l'automédication et la planification des soins sont des alternatives connues ; plus surprenant est le recours aux subterfuges que propose le marché.

A) L'automédication

Très souvent les personnes classent leurs besoins par importance, reportant ou évacuant ce qui leur paraît être des « *broutilles* » (55) qui peuvent passer toutes seules ou par simple automédication. Ce type de comportement est courant quels que soient les groupes de renonçants considérés. Deux enquêtes menées en 2000 et 2010 par Opinion Way montrent que l'automédication (déclarée) a progressé en 10 ans, passant de 79% à 85% des 1 000 personnes interrogées. Le développement de cette pratique qui concerne régulièrement ou occasionnellement les personnes, en particulier les femmes, semble être lié aux publicités commerciales pour les médicaments en vente libre, la famille des antalgiques en tête (le fameux recours au Doliprane quand cela ne va pas). Les informations sur Internet ont aussi un impact croissant puisqu'en 2010, 18% (12% en 2000) des enquêtés d'Opinion Way disent qu'avec ces informations ils ne consultent pas ou au dernier moment un médecin⁸⁰. A son tour, la santé est devenue un produit de consommation qui nourrit Internet, magazines, jusqu'aux série télé.

⁷⁸ Archimbaud A., *L'accès aux soins des plus démunis. 40 propositions pour un choc de solidarité*. Rapport parlementaire – Mission auprès de la ministre des Affaires sociales et de la Santé, septembre 2013.

⁷⁹ « Stratégie nationale de santé, feuille de route ».

<http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-longue.pdf>

⁸⁰ Source : site Doctissimo.

<http://www.doctissimo.fr/html/medicaments/dossiers/automedication/14725-automedication-internet-medical.htm>

Mais comme le montrent les entretiens, dans bien des cas, les enquêtés déclarent recourir de plus en plus fréquemment à l'automédication, non pas à cause du caractère jugé bénin de leur besoin de soin ou par commodité, mais par contrainte à défaut de pouvoir consulter et acheter des médicaments. La plupart se passe de consulter, quelques-uns s'adressent directement à un pharmacien (ex : 98).

Avec la diminution des remboursements par la Sécurité sociale (passé de 80% du coût total des soins en 1980 à 75,5% en 2011 ; ainsi le remboursement des soins de ville a chuté à 63% en moyenne) et conséquemment la part croissante laissée aux organismes complémentaires qui répercutent leurs prix et/ou abaissent certains paniers de soins pris en charge, l'automédication est une pratique qui se généralise. Cela représente un marché en expansion, estimé à plus de 2 milliards en 2011. Des acteurs de l'industrie pharmaceutique sont attentifs à cette évolution qu'il s'agit de maîtriser d'un point de vue sanitaire ; c'est par exemple le cas de l'Association française de l'industrie pour une automédication responsable (AFIPA)⁸¹. Quand la principale voie pour diminuer le déficit de la Sécurité sociale consiste en des mesures qui accroissent le reste à charge pour les patients, l'encadrement des pratiques d'automédication qui représentent pour beaucoup la solution la moins onéreuse devient en effet une priorité de santé publique.

Cela étant, la question de l'encadrement des pratiques d'automédication laisse entier le fait qu'à défaut d'accéder à une offre de soins dans le cadre de ce que l'on appelle un « parcours de soins », une partie de la population s'habitue en quelque sorte à renoncer à celle-ci et à s'écarter de celui-ci. L'automédication apparaît alors comme la conséquence d'un comportement intégré de renoncement, c'est-à-dire un comportement perçu comme normal et devenu coutumier. En ce sens, l'avis de décembre 2013 de l'Autorité de la concurrence « *relatif au fonctionnement de la concurrence dans le secteur de la distribution du médicament à usage humain en ville* »⁸² peut être perçu comme l'institutionnalisation d'une autre représentation des soins et d'une autre logique de satisfaction des besoins de soins. Car outre les réserves de la ministre de la Santé liées à la sécurité des médicaments (vente par internet de contrefaçons) et de leur dispensation (vente de médicaments par les enseignes de la grande distribution)⁸³, on peut souligner au vu des résultats du BRSG que favoriser l'automédication peut d'une certaine façon constituer pour une partie de la population une réponse déguisée aux difficultés d'accéder à une offre de soins garantie.

B) Le recours aux subterfuges du marché

En lien avec ces observations sur le recours à l'automédication, le BRSG met en avant une autre réalité assez voisine : le recours aux produits bas de gamme mis sur le marché de la grande distribution.

Nombre de personnes, comme cette femme avec peu de moyens suite au décès de son mari (72), ont intégré l'idée du prix inabordable de certains soins et par conséquent ne consultent plus. Ces situations de renoncement et non plus de report sont souvent le fait de personnes ayant des besoins d'appareillages, qui savent à l'avance qu'elles n'auront pas les moyens, préférant ainsi économiser dès le départ le coût d'une première visite à laquelle elles ne pourront pas donner suite en termes de suivi des prescriptions ou propositions.

⁸¹ Source : site Le monde de la santé.

<http://lemondedelasante.wordpress.com/2012/07/11/internet-favorise-t-il-le-developpement-de-lautomedication-chez-les-francais/>

⁸² Autorité de la concurrence, Avis n° 13-A-24 du 19 décembre 2013.

<http://www.autoritedelaconcurrence.fr/pdf/avis/13a24.pdf>

⁸³ Source : ministère des Affaires sociales et de la Santé.

<http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse/42/communiqués,2322/marisol-touraine-opposee-a-la,16852.html>

Parmi l'ensemble des enquêtés, 16 d'entre eux reconnaissent recourir à des produits très bas de gamme proposés par la grande distribution, notamment à des lunettes-loupes tandis que d'autres se tournent, avec plus ou moins de satisfaction, vers les montures prises en charge pour les bénéficiaires de la CMU-C⁸⁴. C'est dire que par rapport aux besoins de soins ophtalmologiques et d'appareillage auxquels les personnes déclarent renoncer ou reporter massivement, une partie non négligeable d'entre eux (environ 20% au regard des entretiens) recherchent une solution de fortune en dehors de tout parcours de soins.

D'autres plus nombreux n'observent plus tout ou partie des prescriptions médicales, procèdent à de l'automédication au lieu de consulter. Parfois des personnes expliquent de véritables « systèmes de débrouille », comme cette femme qui récupère chez des proches des montures de lunettes en bon état (83). Toutes subissent de plein fouet les différents mécanismes du reste à charge et des honoraires libres, et renoncent par conséquent à accéder à des actes de soins reconnus par l'Assurance maladie. Elles constituent alors le public cible d'un marché discount en pleine expansion : Citypharma, Prado-Mermoz, Lafayette, ... cassent les prix, mais aussi les représentations sociales de la santé.

Regard complémentaire :

La presse se fait l'écho de l'expansion de ce marché de la santé. Ainsi, le réseau de pharmacies low-cost Lafayette, fondé en 2005 à Toulouse, compte aujourd'hui en France 53 points de vente et ouvrira en 2014 ces premiers commerces en Ile-de-France, avec un objectif de 150 points de vente en 2017⁸⁵.

Ce que montrent d'essentiel les entretiens, c'est que ces personnes s'accommodent du fait ne pas pouvoir se faire « soigner normalement » dans la mesure où elles trouvent des solutions, même si celles-ci ne les satisfont pas du tout. Autrement dit, elles intègrent le fait de ne pas pouvoir accéder à ce que le système de santé peut offrir. Dans ce cas, le renoncement est symptomatique d'une *société duale*, divisée entre ceux qui accèdent aux droits et services qui structurent la protection sociale, et ceux qui en sont plus ou moins exclus et qui sont livrés à eux-mêmes ou aux marchés opportunistes qui se développent en temps de crise.

La conséquence probable est que ces renonçants considèrent alors la santé comme un objet de consommation, avec toutes les conséquences que cela peut avoir, notamment sur leurs représentations du soin et du besoin de soin. On le voit par exemple, lorsque certains qualifient certains soins de « *soins de luxe* » (11) pour signifier qu'ils sont hors de leur portée, inaccessibles aux personnes de conditions modestes. Ou bien, lorsqu'ils disent, comme cette femme seule de 65 ans, que se soigner « *c'est un confort qu'on ne peut pas se permettre* », alors qu'elle estime qu'à son âge « *la santé est la plus grande des richesses* » (13). Pour elle, si la santé « *devient un type de consommation comme un autre* » c'est aussi du fait que la santé est un marché sur lequel, les médecins pour commencer, fixent les prix. Cet homme, lui, se sent stigmatisé en tant que bénéficiaire de la CMU-C et parle des « *rayons CMU* » chez les opticiens pour signifier que dans un système de santé de plus en plus marchand, il subit doublement le marché discount : en n'accédant pas à des actes ou des produits agréés par l'Assurance maladie et en subissant l'image dégradée de celui qui ne peut faire autrement. D'une certaine façon, le renoncement comme comportement intégré deviendrait un phénomène de classe (observation faite également dans la recherche mentionnée de l'Odenore pour l'IRES, menée en France et en Suisse).

⁸⁴ Se reporter aux synthèses d'entretiens n° : 11, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 23, 38, 39, 43, 66, 68, 70, 83, 86, 94, 100, 106, 109.

⁸⁵ Relevé dans le gratuit *20 minutes*, du 21 mars 2014, p. 13.

Les subterfuges du marché, ce sont aussi les offres de complémentaires santé à travers lesquelles assurances et mutuelles se livrent bataille. Ainsi des enquêtés n'hésitent pas à changer d'organismes complémentaires après avoir fait l'objet d'une démarche commerciale apparemment efficace (exemple : 30). Le gain paraît aléatoire ; les restes à charge demeurent trop élevés pour se soigner. Ici à l'évidence, les assurés sociaux manquent de discernement : l'Assurance maladie n'a-t-elle pas un rôle à jouer en la matière ? Surtout lorsque d'elles-mêmes, les personnes ne se dirigent pas vers elle pour être conseillées, n'osant pas comme cette femme à la retraite, vivant seule, une démarche alors qu'elle bénéficie d'une ouverture de droits à l'ACS (34).

C) La planification des soins et l'échelonnement des paiements

Lorsque le besoin paraît bel et bien exister, certains enquêtés en viennent à planifier les soins et à demander des arrangements pour le reste à charge (42), ou bien à établir des priorités quitte à renoncer à certains besoins jugés moins prioritaires au regard de considérations visant à les objectiver (comme l'âge, dans le cas de cet homme âgé de 84 ans : 58). Bon nombre cherchent ainsi à garantir les « soins essentiels » (ex : 88). Les personnes en ALD souvent se limitent aux soins totalement pris en charge (ex : 93).

Le cas de ce retraité vivant seul avec de petits moyens, sans aide de proches, et avec des besoins de soins dentaires et oculaires importants (30) est symptomatique de ce que d'autres entretiens permettent aussi de percevoir, notamment pour ce même type de soins, à savoir une planification obligée des consultations et des achats d'appareils, selon un ordre de priorité afin d'en répartir le coût dans le temps⁸⁶. Planifier les dépenses de santé (ou vouloir les planifier en procédant à des réserves d'argent) est une solution fréquente chez les enquêtés modestes. C'est vrai du reste pour d'autres types de dépense. Dans ce cas, les enquêtés parlent davantage de report de soins que de renoncement. Parfois le renoncement est certainement plus probable ; mais parler de report permet aux personnes de garder l'espoir de soins à venir.

Cette planification des besoins peut être rapprochée d'un autre comportement typique qui ressort dans plusieurs entretiens : la demande d'échelonnement des paiements, d'encaissement retardé, de non application d'honoraires libres (spécialistes)⁸⁷. Mais parfois les personnes planifient les dépenses et refusent l'idée de demander un échelonnement des paiements (ex : 66, 106), ou n'ont pu accepter les soins du fait d'un étalement trop faible (67, 73). Pour d'autres, la solution consiste à négocier avec les médecins pour obtenir des prescriptions de médicaments remboursés ; c'est par exemple le cas de cette femme qui renonce à s'arrêter de travailler malgré les conseils de son médecin traitant (42).

L'un et l'autre de ces deux comportements (planification des soins et échelonnement des paiements) indiquent que le renoncement à l'idée de pouvoir se faire soigner en temps et en heure est intégré par une partie de la population qui cherche ainsi une solution, souvent à défaut de vouloir ou pouvoir solliciter l'aide de proches ou un prêt bancaire, et de savoir ou vouloir demander une aide sociale. Ces personnes s'accommodent ainsi de leur situation, si bien que le renoncement à l'offre de soins nécessaire au moment voulu devient par nécessité une habitude.

⁸⁶ Par exemple les synthèses d'entretiens n° : 31, 34, 40, 41, 45, 48, 49, 53, 64, 66, 67, 68, 70, 73, 80, 81, 83, 87, 88, 90, 91, 92, 96, 100, 104, 105, 106, 107, 109.

⁸⁷ Se reporter aux synthèses d'entretiens n° : 25, 28, 33, 40, 41, 49, 52, 54, 59, 62, 68, 75, 79, 83, 88, 94, 100.

Conclusion

Au départ, nous avons discuté la notion de renoncement pour distinguer le renoncement en tant que situation déclarée et comme comportement intégré durablement sinon définitivement. Au terme de ce rapport qui a essayé de rendre compte de l'expérience du Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard, lancée et coordonnée par la CPAM du département, cette distinction semble particulièrement heuristique. Elle permet de classer les formes de renoncement et de caractériser les renonçants, mais aussi d'ordonner les enjeux pour l'action. Aussi, sans entrer dans la répétition des principaux résultats, notamment statistiques, il nous semble important de rappeler les dimensions essentielles du phénomène que le BRSG a mis en avant. De cette façon, les apports de cette expérience peuvent-ils être appréciés. Sans être exhaustif, plusieurs dimensions sont à retenir en premier :

- Le renoncement aux soins est une situation vécue, de report sinon d'abandon d'un besoin de soins ressenti et bien souvent exprimé ; mais c'est aussi un comportement produit par l'impossibilité d'accéder à des actes de soins reconnus, qui conduit à trouver des solutions en dehors des offres pourtant permises par le système de santé.
- Le renoncement aux soins est bien souvent l'affaire de plusieurs membres d'une même famille.
- Le renoncement et le non-recours aux soins (besoins de soins non satisfaits avérés d'un point de vue médical) présentent une structuration très ressemblante quant aux types de soins concernés. Autrement dit, bien que la connaissance du renoncement repose sur des données déclaratives, les besoins exprimés ne paraissent pas exorbitants médicalement parlant.
- Le renoncement aux soins relève de la combinaison de raisons multiples (loin d'être uniquement financières), dont l'explication principale renvoie à l'accumulation d'à-coups dans les trajectoires familiales et professionnelles.
- Le renoncement aux soins peut donner lieu à des actions, en particulier en intervenant sur les « facteurs d'activation » sur lesquels les institutions peuvent avoir prise. Puisqu'il est impossible, quel que soit l'acteur mobilisé, de pouvoir agir sur toutes les raisons et a fortiori sur l'ensemble de leurs explications, deux facteurs, inter-reliés, revêtent des enjeux particulièrement forts pour les acteurs du BRSG : le manque de guidance et le manque de discernement. Le phénomène pourrait en effet être amorti sinon solutionné en partie si les professionnels de santé, administratifs et sociaux étaient davantage soutenus dans l'accompagnement des personnes en situation de renoncement, en particulier celles qui manquent d'une autonomie suffisante pour maîtriser les ressources disponibles.
- Si comme nous venons de l'indiquer, l'action sur le renoncement est à porter au local en impliquant divers professionnels, les réponses relèvent aussi d'un niveau beaucoup plus macro, directement lié aux choix publics. C'est manifeste lorsque l'on observe, notamment, l'importance des effets des restes à charge dans les explications du renoncement pour raisons financières. Le renoncement découle ici d'évolutions apportées au mode de prise en charge financière des actes de soins. La recherche de solutions porte aussi sur d'autres niveaux quand par exemple les situations et comportements de renoncement conduisent à réfléchir aux avantages des dispositifs de soins primaires pour l'accès aux droits et aux soins.

En conclusion de ce rapport, il importe aussi de tirer quelques fils pour la suite du BRSO en termes d'actions concrètes à mener pour réduire voire prévenir les situations et comportements de renoncement. De ce point de vue, les apports quantitatifs et qualitatifs BRSO peuvent aider à poser les termes de discussions à venir sur les solutions à apporter. En pointant certaines récurrences dans les explications du renoncement, en particulier le manque de guidance et le manque de discernement, nous soulevons des dimensions du phénomène qui interpellent directement les organisations et les pratiques professionnelles. Nous sommes là à l'étage des pratiques professionnelles qui mériteraient d'être outillées et relayées pour permettre d'agir au plus vite et au mieux dès qu'une situation de renoncement est détectée. Cela nécessite pour différents acteurs de pouvoir travailler de concert à partir d'engagements clairement signifiés. Evidemment les dispositifs d'action qui pourront apparaître devront tenir compte des contraintes de moyens et de compétences, mais aussi définir un mode de fonctionnement collectif efficace.

Réfléchir aux actions sur le renoncement demande donc de se projeter vers différents acteurs au contact direct des populations. Mais cela suppose tout en même temps d'établir des priorités : tout ne peut être réglé. De ce point de vue, le BRSO peut aider à définir des orientations, non pas en indiquant quelles doivent être les priorités, mais en apportant des éléments de méthode. En effet, les résultats du BRSO indiquent qu'un tel travail de définition des priorités pourrait être entrepris à partir de différents angles, qui apportent chacun une justification particulière aux actions qui pourraient être envisagées :

- *Un angle statistique*, dès lors que l'on tient compte des profils socioéconomiques qui plus que d'autres paraissent exposés au renoncement à des soins. La variable de référence peut être aussi un type de soins ou une raison du renoncement (par exemple, agir en priorité sur les situations de renoncement à des actes et soins dentaires ou sur celles dues éminemment au manque d'accessibilité de l'offre ou à des droits manquants). Les critères peuvent évidemment être croisés. Ce peut être le cas, par exemple, si le choix des acteurs est d'intervenir pour réduire le renoncement à des actes et soins gynécologiques pour lequel certaines femmes plus que d'autres déclarent des besoins non satisfaits. Sous cet angle, l'action à entreprendre se fonde sur la loi statistique du plus grand nombre.
- *Un angle explicatif*, dès lors que l'on privilégie l'entrée par les trajectoires de vie qui agissent sur le renoncement. Ainsi, en retraçant les trajectoires de plus d'une centaine de personnes il a été possible de faire état d'enchaînements de situations à partir desquelles il serait éventuellement possible d'agir de façon précoce : perte brutale d'un emploi (chute des revenus, perte ou fin d'une complémentaire) ; arrivée dans le département suite à une séparation (dégradation des ressources, non connaissance de l'offre médicale locale) ; etc. Sous cet angle, l'action sur le renoncement repose sur un principe d'équité dans la mesure où elle vise in fine à compenser une inégalité des chances.
- *Un angle démonstratif*, quand on s'en tient au renoncement comme comportement intégré. De ce point de vue, l'action sur le renoncement peut partir d'indicateurs tels le recours à l'automédication ou à des artefacts, de façon à agir sur ceux qui agissent durablement ou définitivement en dehors de l'offre de soins accessible au plus grand nombre. L'angle démonstratif peut être aussi celui de la gravité des conséquences médicales, sociales, psychologiques du renoncement aux soins. D'un côté comme de l'autre, l'action tient compte des implications multiples du renoncement pour les individus et incidemment pour la société. Sous cet angle, l'action sur le renoncement vise à éviter ses effets délétères en intervenant en priorité sur tout ce que renoncer à des soins induit comme dégradation de l'intégration de l'individu dans la société et par voie de conséquence de la cohésion sociale.

D'autres critères pourraient probablement servir à définir des priorités d'actions ciblées. Cela étant, quelle que soit l'entrée choisie, les actions à mener demanderont toujours d'élaborer des outils de repérage particuliers pour orienter au mieux les efforts sur les populations que l'on privilégie. En effet, les critères qui peuvent ressortir d'un travail d'étude du type de celui que nous venons de présenter aident à définir des populations prioritaires, mais évidemment pas à identifier précisément les populations cibles. De fait, aucune action ne peut être engagée sans une implication de services et de professionnels dans le repérage des personnes correspondant aux critères choisis. Il reste donc à produire un travail méthodologique spécifique pour affiner les critères sélectionnés, mais aussi à concevoir un important travail d'organisation pour mettre en place le repérage nécessaire des populations cibles. Ce repérage ne peut se faire ex-nihilo, c'est-à-dire sans la participation de services ou de professionnels au contact direct de différents publics.

Or, et c'est là un autre enjeu essentiel pour les actions qui se dessineraient, la participation des services et professionnels ne peut pas avoir lieu à n'importe quel prix dans la mesure où ces acteurs ne sont pas nécessairement en mesure de porter seuls ces actions. Il faut donc mettre en place des dispositifs chargés de la réponse, au-delà de ceux mobilisés pour le repérage des populations concernées. Ces dispositifs peuvent évidemment mettre à contribution les services et professionnels impliqués dans le repérage.

Si cette vision des choses est juste, alors on peut avancer pour conclure que l'action sur le renoncement, qu'elle concerne un ou plusieurs acteurs en partenariat, appelle la mise en place de dispositifs – probablement plutôt inédits pour les acteurs du BRSG et pour ceux qui pourraient les rejoindre – qui articulent, d'une part, repérage et caractérisation du renoncement et, d'autre part, intervention pour apporter les solutions concrètes.

De ce point de vue, les dispositifs d'action qui pourront être imaginés auront un caractère systémique au sens ils devront organiser et coordonner plusieurs interventions pratiques dans un « design » institutionnel d'ensemble. La complexité sera fonction des objectifs que les acteurs partenaires se fixent : cibler les mêmes populations cibles ou pas, graduer ou non les interventions selon les spécificités retenues, etc. L'effort méthodologique à produire reste important. Il demande pour le moins une volonté forte et une grande capacité d'innovation. Si l'on considère que ce rapport présente la première étape d'une démarche qui a encore à s'écrire, force est de constater que les acteurs du BRSG ont déjà ces atouts.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire utilisé pour le repérage.



REPÉRAGE DE SITUATIONS DE RENONCEMENT AUX SOINS



63

1. Code Acteur Situation

2. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé ou reporté des soins ?

- ☐ Oui ☐ Non

3. Y-a-t-il d'autres personnes de votre foyer qui ont renoncé à des soins ?

- ☐ Oui ☐ Non

4. Sexe

- ☐ Masculin ☐ Féminin

5. Âge

- ☐ Moins de 18 ans ☐ De 18 à 24 ans
☐ De 25 à 39 ans ☐ De 40 à 59 ans
☐ Plus de 60 ans

6. Situation familiale

- ☐ Seul(e) ☐ Seul(e) avec enfants
☐ En couple sans enfant à charge ☐ En couple avec enfants à charge
☐ Autre (exemple : personne âgée chez ses enfants)

7. Catégorie socio-professionnelle

- ☐ Agriculteurs exploitants ☐ Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
☐ Cadres et professions intellectuelles supérieures ☐ Professions intermédiaires
☐ Employés ☐ Ouvriers
☐ Retraités ☐ Autres personnes sans activité professionnelle

8. Code postal

9. Régime

- ☐ Général ☐ MSA
☐ RSI ☐ Autre

10. Complémentaire santé ?

- ☐ Oui la CMUC ☐ Oui une autre complémentaire santé avec ACS
☐ Oui une autre complémentaire santé ☐ Oui l'AME
☐ Non ☐ Ne sais pas

11. Si pas de complémentaire santé, pourquoi ?

- ☐ Cela ne servirait à rien, je ne suis jamais malade ☐ De toute façon je serai mal remboursé
☐ Je n'en ai pas les moyens ☐ Les démarches sont trop compliquées
☐ Je manque d'informations ☐ J'ai un 100%
☐ Par négligence ☐ J'ai d'autres priorités financières
☐ En cours ☐ Autre, à préciser à Q12

3 réponses maximum

12. Si autre, à Q11

13. Médecin traitant ?

- ☐ Oui ☐ Non
☐ Ne sais pas

14. Dernière consultation chez un médecin ?

- ☐ Au cours des 6 derniers mois ☐ Entre 6 mois et 1 an
☐ Entre 1 an et 2 ans ☐ Depuis plus de 2 ans

15. État de santé général perçu

- ☐ Très bon ☐ Bon
☐ Moyen ☐ Mauvais
☐ Très mauvais

Merci de répondre à l'ensemble des questions de cette page pour toutes les personnes rencontrées Q1 à Q15

Les Q16 à 19 sont à remplir uniquement si oui à Q2

16. Le renoncement porte sur quels types de soins

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Actes chirurgicaux | <input type="radio"/> Soins et actes dentaires |
| <input type="radio"/> Consultations chez un médecin généraliste | <input type="radio"/> Achats de médicaments |
| <input type="radio"/> Consultations chez un gynécologue ou soins gynécologiques | <input type="radio"/> Appareillages auditifs |
| <input type="radio"/> Consultations chez un dermatologue | <input type="radio"/> Analyses ou examens médicaux |
| <input type="radio"/> Consultations chez un ophtalmologiste | <input type="radio"/> Achats de lunettes ou lentilles adaptées |
| <input type="radio"/> Consultations chez un psychiatre | <input type="radio"/> Repos prescrit (arrêt maladie) |
| <input type="radio"/> Consultations chez un cardiologue | <input type="radio"/> Autre, à préciser à Q17 |
| <input type="radio"/> Kiné | |

7 réponses maximum

17. Si autre, à Q16

18. Raisons du renoncement ?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Reste à charge trop élevé | <input type="radio"/> Perte de revenu due à un arrêt de travail |
| <input type="radio"/> Éloignement géographique | <input type="radio"/> Absence de moyens de transport |
| <input type="radio"/> Peu ou pas urgent | <input type="radio"/> Lassitude |
| <input type="radio"/> Craintes liées au travail (pression...) | <input type="radio"/> Délais de RV trop longs |
| <input type="radio"/> Refus de soins d'un praticien (discrimination ou saturation) | <input type="radio"/> Avance de frais |
| <input type="radio"/> Coût du transport élevé | <input type="radio"/> Impossibilité physique de se déplacer |
| <input type="radio"/> Choix personnel de ne pas se faire soigner | <input type="radio"/> Négligence |
| <input type="radio"/> Problème de disponibilité (pas le temps) | <input type="radio"/> Peur des médecins, du diagnostic |
| <input type="radio"/> Non connaissance de praticiens | <input type="radio"/> Démarches trop compliquées (besoin d'accompagnement) |
| <input type="radio"/> Autre | |

3 réponses maximum

19. Accord pour un entretien ? ☐ Oui ☐ Non

Les Q20 à 24 sont à remplir après le départ de la personne

20. Non-recours avéré (uniquement pour les médecins) ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

21. Si le non-recours est avéré, de quels soins s'agit-il ?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Actes chirurgicaux | <input type="radio"/> Soins et actes dentaires |
| <input type="radio"/> Consultations chez un médecin généraliste | <input type="radio"/> Achats de médicaments |
| <input type="radio"/> Consultations chez un gynécologue ou soins gynécologiques | <input type="radio"/> Appareillages auditifs |
| <input type="radio"/> Consultations chez un dermatologue | <input type="radio"/> Analyses ou examens médicaux |
| <input type="radio"/> Consultations chez un ophtalmologiste | <input type="radio"/> Achats de lunettes ou lentilles adaptées |
| <input type="radio"/> Consultations chez un psychiatre | <input type="radio"/> Repos prescrit (arrêt maladie) |
| <input type="radio"/> Consultations chez un cardiologue | <input type="radio"/> Autre |
| <input type="radio"/> Kiné | |

23. Si autre, à Q22

24. Questions ou commentaires pour le Comité d'Analyse

22. A l'issue de la rencontre qu'avez-vous fait ?

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="radio"/> Transmission d'informations | <input type="radio"/> Orientation vers un service ou un professionnel ? | <input type="radio"/> Rien car pas de solution immédiate | <input type="radio"/> Rien car pas le temps |
| <input type="radio"/> Prise d'un 2 ^e RV ou accompagnement social individualisé | <input type="radio"/> Proposition de participation à une action collective | <input type="radio"/> Instruction d'une demande de secours | <input type="radio"/> Instruction d'une demande de CMUC |
| <input type="radio"/> Instruction d'une demande d'ACS | <input type="radio"/> Instruction d'une demande à la MDPH | <input type="radio"/> Autre, à préciser à Q23 | |

3 réponses maximum

Annexe 2 : Guide d'entretien.

Cette grille comporte 6 THEMES et présente les consignes pour les aborder.

Ces THEMES cadrent le déroulement de l'entretien.

Ils ne sont pas limitatifs ni exclusifs.

Ils peuvent être abordés tout au long des échanges. Toutefois l'entretien commence nécessairement par « Entrée en matière » puis par « Description du renoncement ».

Entrée en matière

Présentation de l'enquêtrice et rappel de l'objet de l'entretien.

⇒ Avoir à disposition la Lettre d'information et de consentement que la personne a signée.

Remercier.

Souligner que les questions sont simples.

Rappeler que la personne est libre de répondre comme elle l'entend.

Préciser que l'entretien est enregistré afin de ne pas déformer leurs propos. Demander accord et préciser que l'entretien reste anonyme et confidentiel (pas de transmission à un tiers).

Consigne générale : prendre appui sur la Fiche de signalement

Thème 1 – DESCRIPTION DU RENONCEMENT

Si je comprends bien vous avez indiqué avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois. Pouvez-vous me rappeler à quel(s) type(s) de soins vous avez renoncé ?

Consignes :

1. Faire préciser :
 - a) la nature exacte des soins (en reprenant les réponses à Q17 et Q18 de la Fiche de signalement)
 - b) si ces soins en suivaient d'autres (cas d'interruption d'un protocole) ; si ces soins répondent à des besoins chroniques : préciser la/les maladie(s)
 - c) si le renoncement est exceptionnel ou pas : dans l'un ou l'autre cas pourquoi ?
 - d) jusqu'où/quand (douleur, conséquences sur santé, ...) la personne renoncera
 - e) si la personne ne renonce pas à d'autres soins : lesquels, pourquoi ?
2. Chercher à savoir quand « soins et actes dentaires » coché à Q17, et a fortiori si « reste à charge trop élevé » à Q18, si la personne connaît les prestations de secours pour règlement de frais de soins dentaires.
3. Chercher à savoir si par ailleurs :
 - a) la personne estime d'une façon générale bénéficier des aides auxquelles elle peut avoir droit
 - b) les demandes d'aides aux administrations (Allocations familiales, mairie, préfecture, etc.) lui paraissent plutôt faciles ou difficiles : pourquoi ?
 - c) estime qu'avec la CPAM/CARSAT/MSA ... (selon le service à l'origine du signalement) les relations sont plus simples ou compliquées qu'avec d'autres administrations : pourquoi ?

Thème 2 – EXPLICATION DU RENONCEMENT

Vous avez dit renoncer/reporter à vous soigner à cause de

reprendre la/les raison(s) coché(e)s sur la fiche de signalement : Q19

Consignes :

1. Chercher l'explication du/des raisons coché(e)s (ex : si « reste à charge trop élevé », questionner sur les charges, ressources, reste pour vivre de la personne ; et partant de là sur ses possibilités/choix en termes de dépenses de santé – ex : si « choix personnel de ne pas se faire soigner », questionner sur causes : principes personnels, leurs origines ; méfiance dans la médecine, ses raisons ; représentation des soins raisonnables, leurs explications [identité, civisme, résistance]).
2. Quelle(s) que soit(ent) la (les) raisons coché(e)s, chercher à ce que la personne situe ses explications au regard de :
 - a) ses conditions de vie
 - b) son environnement social
 - c) ses fragilités diverses (qui par définition produisent « la vulnérabilité »)
 - d) ses représentations (qui peuvent se traduire en craintes, censures, replis)
3. Sur tous ces plans cherchez des éléments biographiques, notamment en termes de « ruptures » ou de « bifurcations » (professionnelles, résidentielles, familiales, ...).

66

Thème 3 – RELATION AU MEDECIN TRAITANT

Parlez moi svp de vos relations à votre MT

Consignes :

1. Au cas où la personne n'a pas de MT (Q 14) : pourquoi ?
2. Demander de parler de ses relations à son MT pour savoir si oui ou non, possibilité :
 - a) de faire part au MT de tous ses soucis de santé, besoins de soins
 - b) d'être écouté par MT sur d'autres plans, pour d'autres difficultés : lesquelles ?
 - c) d'être encouragé dans son parcours de soins (surtout si maladie chronique/grave).
3. Demander s'il arrive à la personne de
 - a) ne pas honorer des rendez-vous : pourquoi, que dit le MT ?
 - b) ne pas suivre les prescriptions médicales : pourquoi, que dit le MT ?
 - c) souhaiter son MT soit plus directif : dans quel cas, pourquoi ?
 - d) considérer que son MT lui propose trop de soins (« induction de la demande ») : exemples précis, comment réagit la personne ?
 - e) écouter davantage les proches, les messages TV... que son MT pour décider de se soigner ou pas : dans quel cas, pourquoi ?
4. Chercher à caractériser les représentations et comportements de la personne par rapport à :
 - a) sa santé en général (questionner au passage sur son rapport à vaccination et dépistage) ; situer les réponses par rapport à éducation, modes de vie et de consommation, craintes, représentations de ses responsabilités (notamment vis-à-vis d'autrui : enfants...).
 - b) aux soins/soignants/médecine en général : quel niveau de confiance ? comment la personne l'explique ?

Thème 4 – CONSEQUENCES DU RENONCEMENT

Ce renoncement a-t-il des conséquences pour vous et vos proches ?

Consignes :

1. Examiner les conséquences du renoncement sur :
 - a) la santé
 - b) les rôles et relations au sein de la famille/environnement social
 - c) le travail
 - d) le mode de vie et de consommation
 - e) les loisirs
 - f) des implications sociales diverses (associatives, syndicales...) ...
2. Rechercher les éventuels effets psychologiques de ces conséquences, en termes de
 - a) perte d'estime de soi
 - b) anxiété/dépression
 - c) peurs
 - d) moindres projets d'avenir ...
3. Poser ces 2 questions :
 - a) Certains disent que lorsque l'on ne peut pas se faire soigner on devient, quelque part, « vulnérable/précaire » ou plus fragile : quand pensez-vous ?
 - b) Vous-même pensez-vous être vulnérable ou même précaire ?
Quelle que soit la réponse : pourquoi ?

67

Thème 5 – REACTIONS

Avez-vous fait quelque chose pour éviter/sortir du renoncement ?

Consignes :

1. Si oui à la question, demander :
 - a) quelles réactions/actions
 - b) les raisons, les conditions dont les soutiens : de qui, exceptionnel ou pas, de quelle nature (financier, moral, pratique ...), avec quel coût pour la personne ?
 - c) le résultat en termes de recours aux soins
2. Si oui ou non, mais renoncement pour raison financière (Q18), demander si la personne :
 - a) cherche de l'aide financière pour se soigner (services sociaux, CPAM, proches,...) : vers qui, combien de fois, pour quel soin, avec quel résultat (demande acceptée/refusée), avec quelles conséquences (réalisation partielle/totale des soins), ... ?
 - b) emprunte pour se faire soigner : à qui, régulièrement ?
 - c) demande des facilités de paiement de la part des médecins/pharmaciens, le tiers payant
 - d) si non à a), b), c) : pourquoi ?
3. Chercher à savoir si la personne estime être sortie durablement (sinon définitivement) de cette situation de renoncement : pour quelles raisons ?
4. Si aucune réaction/action, chercher à comprendre :
 - a) pourquoi
 - b) si le renoncement lui paraît insurmontable

- c) ce qui pourrait débloquer cette situation
5. Interroger sur ce que les institutions devraient/pourraient faire ; mettre au regard de ce qu'elles font et ne font pas.

Thème 6 – NIVEAU DE PRECARITE

On arrive presque au bout, pouvez-vous svp me répondre par Oui ou Non à ces quelques questions :

68

Consignes

1. Passer ces questions du score EPICES
 - a) Rencontrez-vous parfois un travailleur social ? *Oui/non*
 - b) Etes-vous propriétaire de votre logement ? *Oui/non*
 - c) Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ? *Oui/non*
 - d) Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des douze derniers mois ? *Oui/non*
 - e) Etes-vous allé au spectacle au cours des douze derniers mois ? *Oui/non*
 - f) Etes-vous parti en vacances au cours des douze derniers mois ? *Oui/non*
 - g) Au cours des six derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille, autres que vos parents ou vos enfants ? *Oui/non*
 - h) En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ? *Oui/non*
 - i) En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ? *Oui/non*
2. Si cela n'a pas été indiqué au cours de l'entretien, demander ces dernières précisions :
 - a) Votre niveau de ressources mensuelles. En € ;
 - b) Ce qu'il vous reste pour vivre (manger, s'habiller, sortir...) une fois tout payé (loyer et charges, assurances, remboursements, impôts ... En €.
 - a) Quel est votre métier ? Exercez-vous cette profession depuis longtemps ?
 - b) Avez-vous des enfants ?
 - c) Depuis combien de temps êtes-vous installé dans la région ?
 - d) Avez-vous des problèmes en ce moment ? (savoir s'il s'agit de problèmes familiaux, professionnels, financiers ou d'ordre personnel ...)
 - e) Avez-vous confiance dans vos possibilités pour les résoudre ?
 - f) Pensez-vous que les choses vont s'améliorer : pourquoi, comment ?

REMERCIEMENTS

Annexe 3 : Résumé des profils des enquêtés selon le service ayant effectué le repérage.

N°	Service	Profil social des enquêtés
1	Accueil	Mariée, 2 enfants, précaire, endettement
2	Accueil	En couple, précaire
3	Service Action sanitaire/social	Marié, cadre au chômage, précaire, endettement, handicap lourd, perte de droits ou en attente
4	Service social	Mère isolée, 2 enfants, précaire, endettement,
5	Service social	Femme seule, invalide, très précaire
6	Service social	Mariée, 2 enfants, mari dépendant, précaire, endettement
7	C.E.S	Homme, seul, très précaire
8	Accueil	Père isolé, 1 enfant, très précaire, perte de droits ou en attente
9	C.E.S	Marié, retraité, très précaire, perte de droits ou en attente
10	Accueil	En couple, perte de droits ou en attente, très précaire
11	Accueil	En couple, 1 enfant, très précaire
12	Accueil	En couple, précaire
13	Accueil	Femme seule, retraitée, précaire
14	Accueil	Homme seul (polygame, 6 enfants vivant avec leurs mères), diplômé, RSA, très précaire
15	Accueil	En couple, 4 enfants
16	Service social	Femme seule
17	Service social	En couple, 2 enfants à la charge de la mère, très précaire
18	Accueil	Femme seule, très précaire
19	Accueil	Femme seule, très précaire
20	Accueil	Homme seul, très précaire, endettement, perte de droits ou en attente
21	Accueil	Femme seule, très précaire
22	Accueil	Mère isolée, 3 enfants, très précaire
23	Accueil	En couple, très précaire
24	Accueil	Mère isolée, 1 enfant, très précaire
25	Accueil	Mère isolée, 1 enfant, très précaire, endettement
26	Service social	En couple, 2 enfants, très précaire
27	CES	En couple
28	Service médical	En couple, 3 enfants
29	Service social	Femme seule, précaire
30	Service social	Homme seul, précaire, perte de droits ou en attente
31	Accueil	En couple, 1 enfant, précaire
32	Service social	En couple, 1 enfant
33	CES	En couple, 3 enfants, précaire, pertes de droits ou en attente
34	Service médical	Femme seule, très précaire
35	Service médical	Homme seul, divorcé, 2 enfants, précaire, endettement, perte de droits ou en attente
36	Service médical	Homme seul, précaire, perte de droits ou en attente

37	Service médical	En couple, très précaire
38	Service médical	Mère isolée, 1 enfant, très précaire
39	Service social	Femme seule, très précaire
40	Service médical	En couple, précaire, endettement, pertes de droits ou en attente
41	Service médical	Femme seule, 1 enfant < 14 ans, précaire
42	Service social	En couple, 1 enfant > 14 ans, très précaire
43	Service social	En couple, très précaire, perte de droits ou en attente
44	Service social	En couple, très précaire, endettement
45	Conseil général	En couple, 4 enfants dont 2 < 14 ans (un handicapé), très précaire, endettement
46	Service social	En couple, (?) enfants, précaire, endettement
47	Service social	Femme seule, précaire
48	MSA	Femme seule, très précaire,
49	Conseil général	En couple, très précaire
50	Conseil général	En couple, 2 enfants < 14 ans, très précaire
51	Service médical	En couple, 1 enfant < 14 ans, endettement
52	MSA	En couple, précaire,
53	Service médical	En couple, 2 enfants, dont 1 > 14 ans, très précaire, endettement
54	Conseil général	Femme seule, 1 enfant > 14 ans, très précaire
55	Centre mutualiste	Femme seule, 1 enfant < 14 ans, très précaire
56	Conseil général	Femme seule, perte de droits, très précaire
57	Conseil général	En couple, (dépasse pour 0,1 point le seuil du quintile précaire)
58	MSA	En couple, précaire
59	Centre mutualiste	En couple, très précaire
60	Accueil	Femme seule, 1 enfant < 14 ans, perte de droits ou en attente, précaire
61	CES	En couple, 1 enfant < 14 ans
62	Accueil	En couple, 2 enfants < 14 ans, très précaire
63	Accueil	Homme seul, 1 enfant > 14 ans, endettement, très précaire
64	Conseil général	Femme seule, 1 enfant > 14 ans, héberge sa mère, très précaire
65	Service médical	Femme seule, 2 enfants > 14 ans, précaire
66	Accueil	En couple, 1 enfant > 14 ans, perte de droits ou en attente, très précaire
67	Accueil	En couple
68	Conseil général	En couple, 2 enfants < 14 ans, très précaire
69	Conseil général	Femme seule, 8 enfants, dont 5 à domicile et 4 à charge < 14 ans, très précaire
70	Service social	En couple, perte de droits ou en attente, très précaire
71	Accueil	Femme seule, 1 enfant > 14 ans, perte de droits ou en attente, très précaire
72	Centre mutualiste	Femme seule, 2 enfants > 14 ans, très précaire
73	CES	Homme seul, très précaire
74	CES	Homme seul, très précaire
75	Conseil général	En couple, perte de droits ou en attente, précaire
76	Conseil général	En couple, 5 enfants, dont certains > 14 ans, très précaire

77	CES	En couple
78	Conseil général	En couple, 1 enfant,
79	Conseil général	En couple, 2 enfants < 14 ans, précaire, endettement
80	CARMI	En couple, 2 enfants > 14 ans, précaire
81	CARMI	Femme seule, très précaire
82	Centre mutualiste	Femme seule, 3 enfants > 14 ans, précaire (pour 0,01 point)
83	CARMI	Femme seule, 3 enfants < 14 ans, très précaire
84	MSA	Homme seul, très précaire, endettement
85	Mutualité	En couple, 2 enfants < 14 ans, très précaire
86	CARMI	Femme seule, très précaire
87	MSA	En couple, endettement, précaire (pour 0,01 point)
88	CARMI	Femme seule, très précaire
89	Centre mutualiste	En couple
90	CHU	Femme seule, 1 enfant > 14 ans, très précaire
91	CHU	Homme seul, 1 enfant > 14 ans, très précaire, endettement
92	CHU	En couple, 3 enfants < > 14 ans, précaire, endettement
93	CHU	Femme seule, très précaire
94	CHU	En couple, 1 enfant > 14 ans, très précaire
95	CHU	Homme seul, précaire
96	RSI	En couple, 1 enfant > 14 ans, précaire, endettement
97	RSI	En couple, perte de droits ou en attente
98	RSI	En couple, 4 enfants dont 1 au moins > 14 ans, précaire, endettement
99	RSI	Femme seule, très précaire
100	RSI	En couple, précaire
101	CHU	Homme seul, très précaire, endettement, perte de droits ou en attente
102	CHU	En couple
103	CHU	En couple, très précaire, endettement
104	CHU	Femme seule, précaire
105	CES	Femme seule, précaire
106	Accueil	Femme seule, très précaire
107	CES	Homme seul, très précaire, endettement
108	CHU	En couple, enfant à charge (adulte avec AAH), très précaire
109	Accueil	Femme seule, 1 enfant > 14 ans, très précaire
110	Accueil	Femme seule, 2 enfants < 14 ans, très précaire
111	Accueil	Homme seul, 2 enfants > 14 ans, très précaire
112	Service social	Homme seul, très précaire
113	Service social	Homme seul, très précaire

Annexe 4 : Estimation de la pauvreté monétaire des enquêtés.

N°	Composition ménage	Revenus disponibles estimés	Seuil à 60% 2011 (INSEE)	Sous le seuil de pauvreté	Reste pour vivre
1	Couple, 2 enfants < 14ans	2 080 €	2 052 €	non	nc
2	Couple	2 000 €	1 466 €	non	nc
3	Couple	2 300 €	1 466 €	non	nc
4	Famille monoparentale, 2 enfants	1 800 €	?	?	nc
5	Personne seule	635 €	977 €	oui	nc
6	Couple, 2 enfants < 14ans	1 900€	2 052 €	oui	300 €
7	Personne seule	840 €	977 €	oui	100 €
8	Famille monoparentale, 1 enfant + 14ans	460 €	1 466 €	oui	nc
9	Couple	830 €	1 466 €	oui	204 €
10	Couple	1 200 €	1 466 €	oui	300 €
11	Couple, 1 enfant	1 800 €	1 759 €	non	760 €
12	Couple	1 200 €	1 466 €	oui	200 €
13	Personne seule	900 €	977 €	non	nc
14	Personne seule (polygame, 6 enfants)	635 €	977 €	oui	100 €
15	Couple, 4 enfants	2 200 €	?	?	nc
16	Personne seule	976 €	977 €	oui	nc
17	Couple, 2 enfants à charge de la mère	1 065 €	1 466 €	oui	nc
18	Personne seule	830 €	977 €	oui	nc
19	Personne seule	830 €	977 €	oui	3 €
20	Personne seule	1 000 €	977 €	non	50 €
21	Personne seule (fille à la charge du père)	1 400 €	977 €	non	250 €
22	Famille monoparentale, 3 enfants > 14 ans	nc	?	?	nc
23	Couple	970 €	1 466 €	oui	nc
24	Famille monoparentale, 1 enfant < 14ans	630 €	1 270 €	oui	nc
25	Famille monoparentale, 1 enfant > 14ans	1 120 €	1 466 €	oui	200 €
26	Couple, 2 enfants > 14 ans	2 310 €	1 954 e	non	nc
27	Couple	6 700 €	1 466 €	non	+ 1000 €
28	Couple, 3 enfants (2 à charge) > 14 ans	3 000 €	2 443 €	non	nc
29	Personne seule	630 €	977 €	oui	250 €
30	Personne seule	780 €	977 €	oui	nc
31	Couple, 1 enfant > 14 ans	2 750 €	1 954 €	non	nc
32	Couple, 1 enfant > 14 ans	2 500 €	1 954 €	non	nc
33	Couple, 3 enfants (âges ?)	2 120 €	? (âges enfants)	oui	400 €
34	Personne seule	770 €	977 €	oui	nc
35	Personne seule	700 €	977 €	oui	-250 €
36	Personne seule	?	977 €	?	?
37	Couple	1 344 €	1 466 €	oui	100 €
38	Famille monoparentale, 1 enfant > 14 ans	1 080 €	1 466 €	oui	nc
39	Personne seule	900 €	977 €	oui	250 €
40	Couple	3 100 €	1 466 €	non	1 100 €
41	Famille monoparentale, 1 enfant < 14 ans	1 360 €	1 270 €	non	528 €
42	Couple, 1 enfant > 14 ans	1 190 €	1 954 €	oui	300 €
43	Couple	590 €	1 466 €	oui	-140€
44	Couple	2 000 €	1 466 €	non	530 €
45	Couple, 4 enfants, dont 2 < 14 ans	2 075 € (hors PF)	?	?	Découvert chronique
46	Couple, (?) enfants	2 400 €	?	?	400 €
47	Personne seule	1 400 €	977 €	non	200 €
48	Personne seule	950 €	977 €	oui	nc
49	Couple	?	1 466 €	?	?
50	Couple, 2 enfants < 14 ans	830 €	2 052 €	oui	nc
51	Couple, 1 enfant < 14 ans	2 150 €	1 759 €	non	nc
52	Couple	1 318 €	1 466€	oui	nc
53	Couple, 2 enfants, dont 1 > 14ans	2 600 €	2 443 €	non	500 €

54	Famille monoparentale, 1 enfant > 14 ans	750 €	1 466 €	oui	100 €
55	Famille monoparentale, 1 enfant < 14 ans	1 000 €	1 270 €	oui (mais pas loyer)	200 €
56	Personne seule	1 200 €	977 €	non	nc
57	Couple	2 200 €	1 466 €	non	nc
58	Couple	1 700 €	1 466 €	non	nc
59	Couple	1 858 €	1 466 €	non	nc
60	Famille monoparentale, 1 enfant < 14 ans	804 €	1 270 €	oui	nc
61	Couple, 1 enfant < 14 ans	2 500 €	1 759 €	non	nc
62	Couple, 2 enfants < 14 ans	2 400 €	2 052 €	non	nc
63	Famille monoparentale, 1 enfant > 14 ans	1 000 €	1 466 €	oui	nc
64	Famille monoparentale, 1 enfant > 14 ans	1 000 €	1 466 €	oui	189 €
65	Famille monoparentale, 2 enfants > 14 ans	1 030 €	2 443 €	oui	nc
66	Couple, 1 enfant > 14 ans	851 €	1 954 €	oui	nc
67	Couple	2 000 €	1 466 €	non	1 000 €
68	Couple, 2 enfants < 14 ans	1 800 €	2 052 €	oui	200 €
69	Famille monoparentale, 4 enfants < 14 ans	1 300 €	?	oui (probable)	200 €
70	Couple	Attente droits	1 466 €	oui (probable)	- 220 €
71	Famille monoparentale, 1 enfant > 14 ans	336€ Attente droits	1 466 €	oui	- 249 €
72	Famille monoparentale, 2 enfants > 14 ans	900 €	2 443 €	oui	nc
73	Personne seule	716 €	977 €	oui	nc
74	Personne seule	440 €	977 €	oui	nc
75	Couple	500 €	1 466 €	oui	0-100 €
76	Couple, 5 enfants, > 14ans	2 000 €	> 2 443 €	oui	800 €
77	Couple	1 610 €	1 466 €	non	815 €
78	Couple, 1 enfant < 14 ans	2 480 €	1 759 €	non	800 €
79	Couple, 2 enfants < 14 ans	2 300 €	2 052 €	non	250 €
80	Couple, 2 enfants > 14 ans	1 660 €	2 443 €	oui	400 €
81	Personne seule	1 300 €	977 €	non	500 €
82	Famille monoparentale, 3 enfants > 14 ans	2 558 €	?	?	710 €
83	Famille monoparentale, 3 enfants < 14 ans	1 250 €	?	oui (probable)	300-400 €
84	Personne seule	430 €	977 €	oui	120 €
85	Couple, 2 enfants < 14 ans	2 800 €	2 052 €	non	1 348 €
86	Personne seule	1 000 €	977 €	non	nc
87	Couple	2 400 €	1 466 €	non	nc
88	Personne seule (mais cohabite avec proches)	790 €	977 €	oui	635 €
89	Couple	1 950 €	1 466 €	non	nc
90	Famille monoparentale, 1 enfant > 14 ans	1 227 €	1 466 €	oui	286 €
91	Famille monoparentale, 1 enfant > 14 ans	1 200 €	1 466 €	oui	428 €
92	Couple, 3 enfants < > 14 ans	2 427 €	?	?	1 250€
93	Personne seule	380 € + APL	977 €	oui (probable)	70 €
94	Couple, 1 enfant > 14 ans	1 250 €	1 954 €	oui	500 €
95	Personne seule	499 €	977 €	oui	110 €
96	Couple, 1 enfant > 14 ans	nc	1 954 €	oui (probable)	nc
97	Couple	nc	1 466 €	?	nc
98	Couple, 4 enfants, dont 1 au moins > 14 ans	2 400	?	oui (probable)	732 €
99	Personne seule	700 €	977 €	oui	320 €
100	Couple	nc	1 466 €	?	nc
101	Personne seule	962 €	977 €	oui	nc
102	Couple	4 300 €	1 466 €	non	1 000 €
103	Couple	1 243 €	1 466 €	oui	784 €
104	Personne seule	500 €	977 €	oui	100 €
105	Personne seule	nc	977 €	?	nc
106	Personne seule	nc	977 €	?	nc
107	Personne seule	400 €	977 €	oui	nc
108	Couple, 1 enfant adulte (AAH)	629 €	977 €	oui	nc
109	Famille monoparentale, 1 enfant > 14 ans	743 €	1 466 €	oui	nc
110	Famille monoparentale, 2 enfants < 14 ans	716 €	?	oui (probable)	313 €
111	Famille monoparentale, 2 enfants > 14 ans	900 €	2 443 €	oui	510 €
112	Personne seule	358 €	977 €	oui	230 €
113	Personne seule	439 €	977 €	oui	118 €

Annexe 5 : Importance des types de soins non satisfaits selon l'âge, la situation familiale et la catégorie socioprofessionnelle des renonçants (distribuée sur les 3 modalités les plus fréquentes).

Les résultats portent sur l'ensemble des renoncements déclarés.

Types de soins	Age	Situation familiale	Catégorie socioprofessionnelle
Achats de lunettes ou lentilles adaptées (277)	De 40 à 59 ans (143 ; 51,6%) Plus de 60 ans (77 ; 27,8%) De 25 à 39 ans (40 ; 14,4%)	Seul-e (109 ; 39,4%) En couple avec enfants à charge (72 ; 26,0%) En couple sans enfant à charge (59 ; 21,3%)	Autres personnes sans activité professionnelle (80 ; 28,9%) Employés (74 ; 26,7%) Retraités (74 ; 26,7%)
Achats de médicaments (118)	De 40 à 59 ans (50 ; 42,4%) Plus de 60 ans (28 ; 23,7%) De 25 à 39 ans (24 ; 20,3%)	Seul-e (46 ; 39,0%) En couple avec enfants à charge (26 ; 22,0%) En couple sans enfant à charge (24 ; 20,3%)	Autres personnes sans activité professionnelle (50 ; 42,4%) Employés (29 ; 24,6%) Retraités (23 ; 19,5%)
Actes chirurgicaux (111)	De 40 à 59 ans (44 ; 39,6%) Plus de 60 ans (28 ; 25,2%) De 25 à 39 ans (27 ; 24,3%)	En couple avec enfants à charge (38 ; 34,2%) Seul-e (36 ; 32,4%) En couple sans enfant à charge (22 ; 19,8%)	Autres personnes sans activité professionnelle (42 ; 37,8%) Employés (27 ; 24,3%) Retraités (23 ; 20,7%)
Analyses ou examens médicaux (133)	De 40 à 59 ans (63 ; 47,4%) De 25 à 39 ans (33 ; 24,8%) Plus de 60 ans (28 ; 21,1%)	Seul-e (46 ; 34,6%) En couple avec enfants à charge (35 ; 26,3%) En couple sans enfant à charge (30 ; 22,6%)	Autres personnes sans activité professionnelle (57 ; 42,9%) Employés (37 ; 27,8%) Retraités (20 ; 15,0%)
Appareillages auditifs (49)	Plus de 60 ans (27 ; 55,1%) De 40 à 59 ans (17 ; 34,7%) De 25 à 39 ans (3 ; 6,1%)	Seul-e (19 ; 38,8%) En couple sans enfant à charge (17 ; 34,7%) En couple avec enfants à charge (11 ; 22,4%)	Retraités (26 ; 53,1%) Autres personnes sans activité professionnelle (9 ; 18,4%) Artisans, commerçants et chefs d'entreprise (6 ; 12,2%)
Autre (164)	De 40 à 59 ans (72 ; 43,9%) Plus de 60 ans (42 ; 25,6%) De 25 à 39 ans (41 ; 25,0%)	Seul-e (61 ; 37,2%) En couple avec enfants à charge (42 ; 25,6%) En couple sans enfant à charge (32 ; 19,5%)	Employés (58 ; 35,4%) Autres personnes sans activité professionnelle (47 ; 28,7%) Retraités (39 ; 23,8%)
Consultations chez un psychiatre (40)	De 40 à 59 ans (23 ; 57,5%) De 25 à 39 ans (10 ; 25,0%) Plus de 60 ans (4 ; 10,0%)	Seul-e (15 ; 37,5%) En couple avec enfants à charge (10 ; 25,0%) En couple sans enfant à charge (8 ; 20,0%)	Autres personnes sans activité professionnelle (16 ; 40,0%) Employés (13 ; 32,5%) Retraités (7 ; 17,5%)
Consultations chez un cardiologue (55)	De 40 à 59 ans (25 ; 45,5%) Plus de 60 ans (15 ; 27,3%) De 25 à 39 ans (13 ; 23,6%)	Seul-e (23 ; 41,8%) En couple avec enfants à charge (13 ; 23,6%) En couple sans enfant à charge (11 ; 20,0%)	Employés (19 ; 34,5%) Autres personnes sans activité professionnelle (15 ; 27,3%) Retraités (11 ; 20,0%)
Consultations chez un dermatologue (73)	De 40 à 59 ans (29 ; 39,7%) De 25 à 39 ans (21 ; 28,8%) Plus de 60 ans (17 ; 23,3%)	Seul-e (25 ; 34,2%) En couple avec enfants à charge (18 ; 24,7%) En couple sans enfant à charge (17 ; 23,3%)	Autres personnes sans activité professionnelle (32 ; 43,8%) Employés (20 ; 27,4%) Retraités (13 ; 17,8%)
Consultations chez un gynécologue ou soins gynécologiques (125)	De 40 à 59 ans (51 ; 40,8%) De 25 à 39 ans (48 ; 38,4%) Plus de 60 ans (18 ; 14,4%)	En couple avec enfants à charge (36 ; 28,8%) Seul-e (36 ; 28,8%) Seul-e avec enfants (26 ; 20,8%)	Autres personnes sans activité professionnelle (57 ; 45,6%) Employés (43 ; 34,4%) Retraités (13 ; 10,4%)
Consultations chez un médecin généraliste (168)	De 40 à 59 ans (72 ; 42,9%) De 25 à 39 ans (49 ; 29,2%) Plus de 60 ans (25 ; 14,9%)	Seul-e (65 ; 38,7%) En couple avec enfants à charge (41 ; 24,4%) En couple sans enfant à charge (34 ; 20,2%)	Autres personnes sans activité professionnelle (70 ; 41,7%) Employés (41 ; 24,4%) Retraités (21 ; 12,5%)
Consultations chez un ophtalmologiste (259)	De 40 à 59 ans (115 ; 44,4%) Plus de 60 ans (67 ; 25,9%) De 25 à 39 ans (52 ; 20,1%)	Seul-e (92 ; 35,5%) En couple avec enfants à charge (68 ; 26,3%) En couple sans enfant à charge (58 ; 22,4%)	Autres personnes sans activité professionnelle (97 ; 37,5%) Employés (73 ; 28,2%) Retraités (59 ; 22,8%)
Kiné (78)	De 40 à 59 ans (32 ; 41,0%) De 25 à 39 ans (23 ; 29,5%) Plus de 60 ans (16 ; 20,5%)	Seul-e (26 ; 33,3%) En couple avec enfants à charge (24 ; 30,8%) En couple sans enfant à charge (17 ; 21,8%)	Autres personnes sans activité professionnelle (31 ; 39,7%) Employés (17 ; 21,8%) Retraités (14 ; 17,9%)

Repos prescrit (arrêt maladie) (32)	De 40 à 59 ans (19 ; 59,4%) De 25 à 39 ans (12 ; 37,5%) Plus de 60 ans (1 ; 3,1%)	En couple avec enfants à charge (11 ; 34,4%) Seul-e- avec enfants (9 ; 28,1%) Seul-e- (7 ; 21,9%)	Employés (19 ; 59,4%) Artisans, commerçants et chefs d'entreprise (5 ; 15,6%) Cadres et professions intellectuelles supérieures (2 ; 6,3%)
Soins et actes dentaires (803)	De 40 à 59 ans (372 ; 46,3%) De 25 à 39 ans (205 ; 25,5%) Plus de 60 ans (172 ; 21,4%)	Seul-e- (282 ; 35,1%) En couple avec enfants à charge (202 ; 25,2%) En couple sans enfant à charge (189 ; 23,5%)	Autres personnes sans activité professionnelle (299 ; 37,2%) Employés (222 ; 27,6%) Retraités (157 ; 19,6%)

Annexe 6 : Importance des types de soins non satisfaits selon la complémentaire santé des renonçants.

Les résultats portent sur l'ensemble des renoncements déclarés.

Le renoncement porte sur quels types de soins Complémentaire santé ?																																		
	Achats de lunettes ou lentilles adaptées		Achats de médicaments		Actes chirurgicaux		Analyses ou examens médicaux		Appareillages auditifs		Autre		Consultations chez un psychiatre		Consultations chez un cardiologue		Consultations chez un dermatologue		Consultations chez un gynécologue ou soins gynécologiques		Consultations chez un médecin généraliste		Consultations chez un ophtalmologiste		Kiné		Repos prescrit (arrêt maladie)		Soins et actes dentaires		Total			
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Ne sais pas	1	5,6%	1	5,6%	1	5,6%	1	5,6%	0	0,0%	3	16,7%	1	5,6%	0	0,0%	0	0,0%	1	5,6%	2	11,1%	0	0,0%	2	11,1%	0	0,0%	0	0,0%	5	27,8%	18	100,0%
Non	31	8,5%	33	9,1%	17	4,7%	30	8,3%	4	1,1%	10	2,8%	5	1,4%	5	1,4%	11	3,0%	21	5,8%	34	9,4%	38	10,5%	12	3,3%	4	1,1%	108	29,8%	363	100,0%		
Oui l'AME	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%
Oui la CMUC	30	8,1%	27	5,6%	23	4,8%	27	5,6%	9	1,9%	30	6,3%	7	1,5%	12	2,5%	19	4,0%	25	5,2%	41	8,6%	42	8,8%	16	3,3%	4	0,8%	158	33,0%	479	100,0%		
Oui une autre CS	152	12,5%	30	3,2%	50	4,1%	52	4,3%	28	2,3%	93	7,7%	22	1,8%	27	2,2%	34	2,8%	58	4,8%	61	5,0%	141	11,6%	35	2,9%	20	1,6%	401	33,1%	1 213	100,0%		
Oui une autre CS avec ACS	32	14,3%	10	4,5%	9	4,0%	12	5,4%	5	2,2%	13	5,8%	3	1,3%	6	2,7%	6	2,7%	14	6,3%	10	4,5%	23	10,3%	5	2,2%	0	0,0%	75	33,8%	223	100,0%		
Total	255	11,1%	110	4,8%	100	4,4%	123	5,4%	46	2,0%	149	6,5%	38	1,7%	50	2,2%	70	3,0%	119	5,2%	148	6,4%	245	10,7%	70	3,0%	28	1,2%	747	32,5%	2 298	100,0%		

p = 0,3% ; chi2 = 106,15 ; ddl = 70 (TS)
La relation est très significative.

Annexe 7 : Importance des raisons du renoncement par type de soins non satisfaits.

Les résultats portent sur l'ensemble des renoncements déclarés.

Le total de 4 098 s'explique du fait que pour chaque type de soins non satisfaits plusieurs raisons peuvent être évoquées.

Si en moyenne les 1 406 renonçants déclarent renoncer à deux types de soins, pour chacun de ces types ils évoquent en moyenne également deux raisons.

Raisons du Renonc / Type de soins renoncés																																								
	Absence de moyens de transport		Autre		Avance des frais		Choix personnel de ne pas se faire soigner		Coût de transport élevé		Craintes liées au travail (pression...)		Délais de RV trop longs		Démarches trop compliquées (besoin d'accompagnement)		Eloignement géographique		Impossibilité physique de se déplacer		Lassitude		Non connaissance de praticiens		Négligence		Perte de revenu due à un arrêt de travail		Peu ou pas urgent		Peur des médecins, du diagnostic		Problème de disponibilité (pas le temps)		Refus de soins d'un praticien (discrimination ou saturation)		Reste à charge trop élevé		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Achats de lunettes ou lentilles adaptées	14	3,0%	10	2,2%	77	16,7%	6	1,1%	9	2,0%	2	0,4%	21	4,6%	8	1,7%	6	2,0%	3	0,7%	7	1,5%	2	0,4%	13	2,8%	16	3,5%	16	3,3%	6	1,3%	27	5,9%	3	0,7%	213	46,3%	468	100,0%
Achats de médicaments	4	2,0%	10	5,1%	36	10,3%	10	5,1%	0	0,0%	1	0,5%	2	1,0%	19	5,1%	2	1,0%	2	1,0%	7	3,6%	4	2,0%	8	4,1%	11	5,6%	10	5,1%	4	2,0%	7	3,6%	1	0,5%	68	34,5%	197	100,0%
Actes chirurgicaux	4	2,1%	11	5,7%	20	10,3%	12	6,2%	1	0,5%	3	1,5%	7	3,6%	4	2,1%	6	2,8%	3	1,5%	8	4,1%	1	0,5%	9	4,6%	12	6,2%	6	3,1%	12	6,2%	16	8,2%	4	2,1%	66	28,9%	194	100,0%
Analyses ou examens médicaux	10	4,7%	19	8,6%	28	13,3%	3	1,4%	5	2,4%	2	0,9%	7	3,3%	9	4,3%	6	2,8%	3	1,4%	6	2,8%	1	0,5%	14	6,6%	7	3,3%	10	4,7%	7	3,3%	29	11,8%	0	0,0%	93	23,7%	211	100,0%
Appareillages auditifs	1	1,2%	3	3,7%	16	18,6%	1	1,2%	0	0,0%	1	1,2%	3	3,7%	1	1,2%	0	0,0%	1	1,2%	3	3,7%	1	1,2%	3	3,7%	6	6,2%	1	1,2%	1	1,2%	3	3,7%	0	0,0%	38	46,9%	81	100,0%
Autre	8	3,3%	16	6,2%	33	13,7%	12	5,0%	6	2,5%	3	1,2%	10	4,1%	10	4,1%	4	1,6%	5	2,1%	6	2,5%	1	0,4%	13	5,4%	6	2,5%	8	3,3%	8	3,3%	18	7,5%	1	0,4%	66	27,4%	241	100,0%
Consultations chez un psychiatre	3	3,9%	3	3,9%	17	22,1%	7	9,1%	3	3,9%	2	2,6%	0	0,0%	2	2,6%	2	2,6%	0	0,0%	2	2,6%	2	2,6%	6	7,8%	2	2,6%	1	1,3%	2	2,6%	3	3,9%	2	2,6%	18	23,4%	77	100,0%
Consultations chez un cardiologue	6	6,6%	3	3,3%	16	16,0%	1	0,9%	6	6,6%	0	0,0%	2	1,9%	7	6,6%	8	7,5%	0	0,0%	4	3,7%	1	0,9%	7	6,6%	7	6,6%	2	1,9%	1	0,9%	6	4,7%	0	0,0%	31	29,0%	107	100,0%
Consultations chez un dermatologue	10	6,8%	6	4,1%	22	15,0%	6	4,1%	3	2,0%	1	0,7%	7	4,8%	2	1,4%	11	7,5%	0	0,0%	4	2,7%	2	1,4%	7	4,8%	4	2,7%	6	4,1%	4	2,7%	9	6,1%	0	0,0%	43	29,3%	147	100,0%
Consultations chez un gynécologue ou soins gynécologiques	7	3,0%	9	3,8%	42	17,8%	3	1,3%	7	3,0%	3	1,3%	7	3,0%	6	2,1%	9	3,8%	1	0,4%	9	3,8%	2	0,8%	17	7,2%	9	3,8%	7	3,0%	6	2,1%	22	9,3%	1	0,4%	71	30,1%	236	100,0%
Consultations chez un médecin généraliste	7	2,6%	22	8,1%	41	15,1%	11	4,1%	2	0,7%	6	1,8%	9	3,3%	11	4,1%	6	1,8%	3	1,1%	9	3,3%	3	1,1%	23	8,6%	12	4,4%	13	4,8%	6	2,2%	30	11,1%	0	0,0%	93	21,8%	271	100,0%
Consultations chez un ophtalmologiste	22	4,7%	12	2,6%	72	15,3%	11	2,3%	11	2,3%	3	0,6%	43	9,1%	7	1,5%	19	4,0%	6	1,1%	8	1,7%	3	0,6%	20	4,2%	11	2,3%	17	3,6%	3	0,6%	33	7,0%	8	1,7%	164	34,7%	472	100,0%
Mixé	3	2,4%	6	4,0%	12	9,2%	3	2,4%	3	2,4%	1	0,8%	3	2,4%	4	3,2%	8	6,5%	3	2,4%	6	4,8%	1	0,8%	6	4,8%	6	4,0%	4	3,2%	2	1,6%	20	16,1%	2	1,6%	34	27,4%	124	100,0%
Repos prescrit (arrêt maladie)	0	0,0%	1	1,6%	6	9,2%	0	0,0%	0	0,0%	9	13,0%	2	3,1%	0	0,0%	1	1,6%	1	1,6%	1	1,6%	1	1,6%	6	7,7%	15	23,1%	2	3,1%	0	0,0%	8	12,3%	0	0,0%	13	20,0%	66	100,0%
Soins et actes dentaires	19	1,6%	31	2,6%	189	16,6%	27	2,2%	11	0,9%	9	0,7%	41	3,4%	20	1,6%	13	1,0%	12	1,0%	27	2,2%	11	0,9%	62	4,3%	37	3,0%	46	3,8%	22	1,8%	78	6,4%	11	0,9%	555	46,7%	1 216	100,0%
Total	118	2,9%	168	3,9%	629	15,3%	112	2,7%	67	1,6%	46	1,1%	164	4,0%	100	2,4%	116	2,8%	42	1,0%	106	2,6%	36	0,9%	203	5,0%	169	3,9%	140	3,6%	83	2,0%	304	7,4%	33	0,8%	1 479	36,1%	4 098	
p < 0,1% ; chi2 = 709,30 ; ddl = 262 (TS)																																								
La relation est très significative.																																								

Annexe 8 : Importance des types de soins non satisfaits selon le territoire de résidence.

Les résultats portent sur l'ensemble des renoncements déclarés.

Le renoncement porte sur quels types de soins																																
Pays																																
	Achats de lunettes ou lentilles adaptées		Achats de médicaments		Actes chirurgicaux		Analyses ou examens médicaux		Appareillages auditifs		Autre		Consultations chez un psychiatre		Consultations chez un cardiologue		Consultations chez un dermatologue		Consultations chez un gynécologue ou soins gynécologiques		Consultations chez un médecin généraliste		Consultations chez un ophtalmologiste		Kiné		Repos prescrit (arrêt maladie)		Soins et actes dentaires		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Autre département	6	14,0%	3	7,0%	1	2,3%	2	4,7%	1	2,3%	3	7,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,3%	1	2,3%	4	9,3%	3	7,0%	4	9,3%	0	0,0%	14	32,6%	43	100,0%
Camargue Vidourle	48	10,9%	16	3,6%	20	4,5%	24	5,4%	6	1,4%	35	7,9%	4	0,9%	9	2,0%	13	2,9%	23	5,2%	35	7,9%	53	12,0%	9	2,0%	6	1,4%	140	31,7%	441	100,0%
Cévenne-Agoual	88	12,9%	21	3,1%	29	4,3%	36	5,3%	18	2,6%	41	6,0%	11	1,6%	14	2,1%	24	3,5%	33	4,8%	40	5,9%	80	11,7%	17	2,5%	5	0,7%	225	33,0%	682	100,0%
Grand Nîmes	75	9,4%	47	5,9%	41	5,2%	40	5,0%	13	1,6%	47	5,9%	20	2,5%	24	3,0%	24	3,0%	47	5,9%	47	5,9%	77	9,7%	28	3,5%	7	0,9%	258	32,5%	795	100,0%
Usèges Gard Rhodanien	36	11,4%	20	6,3%	12	3,8%	18	5,7%	9	2,9%	22	7,0%	4	1,3%	3	1,0%	7	2,2%	14	4,4%	19	6,0%	29	9,2%	12	3,8%	10	3,2%	100	31,7%	315	100,0%
Total	253	11,1%	107	4,7%	103	4,5%	120	5,3%	47	2,1%	148	6,5%	39	1,7%	50	2,2%	69	3,0%	118	5,2%	145	6,4%	242	10,6%	70	3,1%	28	1,2%	737	32,4%	2 276	

p = 20,7% ; chi2 = 64,37 ; ddl = 56 (NS)

La relation n'est pas significative.

Annexe 9 : Importance des types de soins non satisfaits selon l'origine du repérage.

Les résultats portent sur l'ensemble des renoncements déclarés.

Le renoncement porte sur quels types de soins																																
Service																																
	Achats de lunettes ou lentilles adaptées		Achats de médicaments		Actes chirurgicaux		Analyses ou examens médicaux		Appareillages auditifs		Autre		Consultations chez un psychiatre		Consultations chez un cardiologue		Consultations chez un dermatologue		Consultations chez un gynécologue ou soins gynécologiques		Consultations chez un médecin généraliste		Consultations chez un ophtalmologiste		Kiné		Repos prescrit (arrêt maladie)		Soins et actes dentaires		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Accueil CPAM	30	9,4%	10	3,1%	8	2,5%	10	3,1%	5	1,6%	17	5,3%	1	0,3%	5	1,6%	11	3,4%	13	4,1%	22	6,9%	32	10,0%	7	2,2%	1	0,3%	147	46,1%	319	100,0%
CARMI	26	12,0%	12	5,5%	9	4,1%	9	4,1%	8	3,7%	16	7,4%	5	2,3%	7	3,2%	15	6,9%	18	8,3%	3	1,4%	32	14,7%	8	3,7%	2	0,9%	47	21,7%	217	100,0%
CES CPAM	7	2,9%	10	4,1%	9	3,7%	23	9,5%	4	1,7%	7	2,9%	3	1,2%	6	2,5%	4	1,7%	15	6,2%	22	9,1%	22	9,1%	5	2,1%	0	0,0%	105	43,4%	242	100,0%
CHU	31	10,2%	18	5,9%	15	4,9%	23	7,5%	4	1,3%	24	7,9%	5	1,6%	4	1,3%	13	4,3%	7	2,3%	30	9,8%	39	12,8%	9	3,0%	3	1,0%	80	26,2%	305	100,0%
Conseil Général	22	10,6%	15	7,2%	11	5,3%	12	5,8%	1	0,5%	11	5,3%	4	1,9%	3	1,4%	6	2,9%	22	10,6%	13	6,3%	23	11,1%	6	2,9%	2	1,0%	57	27,4%	208	100,0%
MSA	20	11,6%	12	6,9%	8	4,6%	12	6,9%	6	3,5%	9	5,2%	2	1,2%	2	1,2%	2	1,2%	7	4,0%	24	13,9%	20	11,6%	4	2,3%	1	0,6%	44	25,4%	173	100,0%
Mutualité Française	32	13,5%	5	2,1%	11	4,6%	8	3,4%	2	0,8%	12	5,1%	7	3,0%	8	3,4%	9	3,8%	9	3,8%	8	3,4%	34	14,3%	11	4,6%	4	1,7%	77	32,5%	237	100,0%
RSI	14	10,9%	6	4,7%	10	7,8%	7	5,5%	4	3,1%	2	1,6%	1	0,8%	5	3,9%	4	3,1%	10	7,8%	13	10,2%	8	6,3%	7	5,5%	3	2,3%	34	26,6%	128	100,0%
Service Médical	15	19,7%	0	0,0%	3	3,9%	0	0,0%	0	0,0%	13	17,1%	2	2,6%	1	1,3%	0	0,0%	2	2,6%	2	2,6%	2	2,6%	3	3,9%	4	5,3%	29	38,2%	76	100,0%
Service Social	60	14,7%	22	5,4%	19	4,6%	19	4,6%	13	3,2%	39	9,5%	9	2,2%	10	2,4%	8	2,0%	16	3,9%	12	2,9%	34	8,3%	11	2,7%	8	2,0%	129	31,5%	409	100,0%
Total	257	11,1%	110	4,8%	103	4,5%	123	5,3%	47	2,0%	150	6,5%	39	1,7%	51	2,2%	72	3,1%	119	5,1%	149	6,4%	246	10,6%	71	3,1%	28	1,2%	749	32,4%	2 314	

p = <0,1% ; chi2 = 317,88 ; ddl = 126 (TS)

La relation est très significative.

Annexe 10 : La gravité du renoncement.

N°	Etat santé perçu	Conséquences médicales	Conséquences professionnelles <i>Conséquences autres</i>	Conséquences psychosociologiques
1	Moyen		Choix de l'intérim pour aménager périodes de repos	
2	Moyen	Hypothèque une possibilité de maternité		Craintes
3	Mauvais	Accroissement du handicap auditif	Hypothèque la possibilité de retravailler	Craintes
4	Mauvais			Craintes, abandon
5	Mauvais			
6	Moyen			Craintes, abandon
7	Moyen			
8	Moyen		Hypothèque la possibilité de retravailler	Craintes
9	Mauvais			Craintes, abandon
10	Très mauvais	Aggravation maladie pulmonaire	Hypothèque la possibilité de retravailler	Craintes
11	Très bon			Craintes, abandon
12	Bon			
13	Moyen	Aggravation maladie ostéo-articulaire		
14	Moyen			Honte
15	Moyen			
16	Mauvais			
17	Mauvais	Aggravation d'une infection post-opératoire		Craintes
18	Moyen			
19	Moyen	Aggravation maladie pulmonaire	Hypothèque la possibilité de trouver un meilleur emploi	Honte
20	Moyen			
21	Moyen	Aggravation maladie du système nerveux	Maintien dans l'emploi menacé	Craintes
22	Moyen			
23	Moyen			Craintes
24	Moyen		Hypothèque la possibilité de trouver un meilleur emploi	
25	Mauvais	Aggravation maladie oculaire		Craintes
26	Bon	Aggravation problèmes dentaires	Hypothèque la possibilité de retravailler	Honte, abandon
27	Bon			
28	Mauvais	Aggravation problèmes dentaires	Maintien dans l'emploi possiblement menacé	Craintes
29	Mauvais	Aggravation problèmes dentaires et oculaires	<i>Conséquence sur l'autonomie</i>	Craintes
30	Bon			
31	Moyen		Arrêt maladie hypothèque la possibilité de retravailler	Craintes
32	Moyen	Retard implant dentaire implique risque d'infection avec conséquence sur soins oncologiques par ailleurs		Craintes
33	Moyen			
34	Moyen	Aggravation problèmes oculaires, dégradation suivi gynécologique		Craintes
35	Moyen		Hypothèque la possibilité de retravailler	

36	Mauvais		Hypothèque la possibilité de retravailler	Craintes
37	Moyen	Aggravation douleurs ostéo-articulaires	Hypothèque la possibilité de retravailler	Craintes
38	Bon (? cf. entretien)	Aggravation état santé général, multi pathologies	Oblige à obtenir mi-temps thérapeutique (baisse de revenus)	Craintes
39	Moyen	Aggravation état santé général, multi pathologies	<u>Conséquence sur l'autonomie</u>	Craintes, honte
40	Très mauvais	Aggravation état santé général, multi pathologies	Hypothèque la possibilité de retravailler à plein temps	Craintes
41	Moyen	Aggravation état santé général		Craintes
42	Moyen	Aggravation état santé général	Menace la poursuite de l'activité professionnelle	Craintes
43	Moyen	Aggravation état santé général, notamment état dentaire	Hypothèque la possibilité de retravailler	Craintes, abandon
44	Moyen	Aggravation problèmes dentaires et oculaires	Hypothèque la possibilité de retravailler	Craintes
45	Très bon		Cas de renoncement généralisé dans famille. Donc notamment : <u>Conséquences probables sur vie relationnelles et affectives des enfants adolescents</u>	Craintes, honte
46	Moyen	Aggravation maladie ostéo-articulaire	Hypothèque la possibilité de retravailler	Craintes
47	Moyen			
48	Moyen			
49	Moyen			Honte
50	Bon			
51	Mauvais			
52	Mauvais		<u>Conséquence sur l'autonomie</u>	
53	Bon	Aggravation fatigue oculaire	Fatigue au travail accrue. Manque soins dentaires peut menacer le maintien dans emploi (accueil)	
54	Moyen	Aggravation fatigue oculaire	Menace la poursuite de l'activité professionnelle	Craintes
55	Moyen	Aggravation douleurs ostéo-articulaires ; non consultation pour des « alertes » cardiaques		Craintes
56	Moyen	Aggravation état dentaire, répercussions sur capacité à s'alimenter		Craintes
57	Moyen	Aggravation fatigue oculaire		Abandon
58	Bon			
59	Moyen	Aggravation état santé général		
60	Moyen	Aggravation état psychique		Abandon
61	Moyen			
62	Moyen			
63	Moyen	Aggravation état santé général	Hypothèque la possibilité de retravailler	Craintes
64	Moyen	Aggravation problèmes dentaires et état santé général	Hypothèque la possibilité de retravailler	
65	Moyen	Aggravation douleurs suite à blessure et état santé général	Hypothèque la possibilité de retravailler à plein temps	Craintes
66	Moyen	Aggravation problèmes		Craintes, honte

		dentaires		
67	Bon			
68	Moyen			
69	Moyen	Aggravation état santé général, aggravation état psychique	Hypothèque la possibilité de retravailler	Craintes, honte
70	Mauvais	Aggravation état santé général, aggravation état psychique	<u>Impasse financière</u>	Craintes, honte
71	Bon	Aggravation état santé général	Hypothèque la possibilité de retravailler <u>Impasse financière</u>	
72	?	Aggravation état santé général, aggravation état psychique		Craintes, honte, abandon
73	Bon			
74	Moyen	Aggravation état santé général		
75	Bon			Craintes, honte
76	Bon	Aggravation état santé général, surtout de ses enfants	<u>Hypothèque les parcours scolaires des enfants</u>	
77	Moyen			
78	Moyen	Aggravation problèmes dentaires	<u>Crainte sur capacité à se soigner si situation professionnelle se dégrade</u>	Craintes
79	Bon	Aggravation problèmes dentaires	Menace la poursuite de l'activité professionnelle	Craintes, honte
80	Mauvais	Aggravation état santé général nécessitant soins particuliers suite à accident		Craintes
81	Mauvais	Aggravation état psychique suite à opération chirurgicale ratée. Aggravation problèmes dentaires		Honte, abandon
82	Moyen			
83	Bon	Aggravation problèmes dentaires		
84	Bon			Honte, abandon
85	Mauvais		Menace la poursuite de l'activité professionnelle	Craintes
86	Très mauvais	Aggravation dépression, aggravation état santé général		Craintes, honte, abandon
87	Mauvais	Aggravation dépression, aggravation état santé générale	Hypothèque la possibilité de retravailler	Craintes
88	Très mauvais	Aggravation état santé général	Menace l'autonomie de la personne, le maintien à domicile	Craintes
89	Bon			
90	Mauvais	Aggravation douleurs ostéo-articulaires	Menace la poursuite de l'activité professionnelle	Craintes
91	-	Risque d'aggravation maladie endocrinienne	Menace la poursuite de l'activité professionnelle	Craintes
92	Bon	Risque d'aggravation état santé général		Craintes
93	Mauvais	Aggravation état santé général	Hypothèque la possibilité de retravailler	Craintes
94	Bon			Craintes
95	Moyen	Aggravation état santé général ; aggravation problèmes dentaires,		Craintes

		problème de mastication		
96	Moyen	Aggravation état santé général ; aggravation problèmes dentaires, problème de mastication	Entrave l'activité professionnelle	Craintes, honte
97	Très bon			
98	Moyen	Aggravation douleurs ostéo-articulaires	Entrave l'activité professionnelle	Craintes
99	Mauvais	Aggravation état santé général	Menace l'autonomie de la personne, le maintien à domicile	Craintes
100	Moyen		Entrave l'activité professionnelle	
101	Mauvais	Aggravation état santé général		Craintes
102	Bon			
103	Moyen	Aggravation fatigue oculaire		Honte
104	Très bon			
105	-	Aggravation état santé général	Menace la poursuite de l'activité professionnelle	Honte
106	-	Aggravation problèmes dentaires, problème de mastication ; aggravation fatigue oculaire	Hypothèque la possibilité de retravailler	Honte
107	Bon	Aggravation état santé général ; aggravation problèmes dentaires, problème de mastication	Hypothèque la possibilité de retravailler	
108	Mauvais	Aggravation état santé général ; aggravation problèmes dentaires, problème de mastication	Hypothèque la possibilité de retravailler	Craintes, honte
109	Bon			
110	Très bon			
111	Moyen	Aggravation douleurs ostéo-articulaires	Hypothèque la possibilité de retravailler	
112	-			
113	Mauvais	Aggravation douleurs ostéo-articulaires, aggravation état général	Entrave la possibilité de retravailler	Craintes

Annexe 11 : Raisons déclarées du renoncement et facteurs d'activation.

N°	Autres renonçants	Raisons financières / <i>Raisons non financières</i>	Facteurs d'activation
1	oui	Reste à charge trop élevé, avances de frais	Manque de discernement, méfiance dans la médecine, pas d'aide de proches
2	non	Avances de frais	Craintes, manque de discernement, manque de guidance, problèmes administratifs
3	oui	Reste à charge trop élevé	pas d'aide de proches
4	oui	Reste à charge trop élevé	Abandon, manque de guidance
5	non	Reste à charge trop élevé, avances de frais <u>Eloignement</u>	Manque de discernement, abandon, pas d'aide de proches
6	non		Abandon, manque de guidance, pas d'aide de proches
7	non	Absence de complémentaire, avances de frais <u>Eloignement, manque de disponibilité</u>	Manque de discernement, pas d'aide de proches
8	non	Reste à charge trop élevé, avances de frais Nota : pas signalé sur sa fiche, mais évident dans l'entretien. Cet homme a le score EPICES le plus élevé - Demande CMU-C en cours	Abandon, manque de discernement, pas d'aide de proches
9	oui	Reste à charge trop élevé	Manque de discernement, pas d'aide de proches
10	oui	Absence de complémentaire, reste à charge trop élevé, avances de frais	Non reconnaissance, pas d'aide de proches
11	oui	Reste à charge trop élevé, avances de frais <u>Négligence</u>	Abandon, pas d'aide de proche, manque de guidance, manque de discernement
12	oui	Absence de complémentaire, reste à charge trop élevé, avances de frais	Manque de discernement
13	non	Reste à charge trop élevé, avances de frais	Manque de guidance
14	non	Reste à charge trop élevé	Pas d'aide de proches
15	oui	Reste à charge trop élevé	Pas d'aide de proches
16	non	Reste à charge trop élevé, avances de frais	Abandon
17	oui	Reste à charge trop élevé, avances de frais	Abandon, manque de discernement, pas d'aide de proches
18	non		Abandon, manque de discernement
19	non	Absence de complémentaire, reste à charge trop élevé	
20	non	Absence de complémentaire, reste à charge trop élevé, avances de frais	Abandon, manque de guidance, pas d'aide de proches, manque de discernement
21	non	Reste à charge trop élevé	Abandon
22	oui	Reste à charge trop élevé	Craintes, manque de guidance
23	oui	Reste à charge trop élevé	Manque de discernement
24	non	Reste à charge trop élevé	Craintes, manque de guidance, manque de discernement
25	non	Reste à charge trop élevé <u>Eloignement</u>	Abandon, manque de guidance, méfiance dans la médecine, pas d'aide de proches
26	oui	Reste à charge trop élevé, avances de frais	Manque de discernement, manque de guidance, pas d'aide de proches
27	non	<u>Choix personnel de ne pas se faire soigner</u>	Méfiance dans la médecine
28	non	Reste à charge trop élevé	
29	non	Reste à charge trop élevé, avances de frais <u>Eloignement</u>	Craintes, manque de discernement
30	non	Reste à charge trop élevé	Manque de discernement, problèmes administratifs
31	non	Reste à charge trop élevé <u>Lassitude</u>	Abandon, manque de guidance
32	non	Reste à charge trop élevé	Craintes, abandon, manque de discernement
33	non	Reste à charge trop élevé <u>Choix personnel</u>	Craintes, manque de discernement, manque de guidance, pas d'aide de proches
34	non	Reste à charge trop élevé	Manque de discernement, manque de guidance, pas d'aide de proches

35	non	Reste à charge trop élevé <u>Peurs</u>	Craintes, manque de guidance, méfiance dans la médecine
36	non	<u>Peurs</u>	Craintes, pas d'aide de proches
37	non	Reste à charge trop élevé	Manque de guidance, méfiance dans la médecine
38	non	Reste à charge trop élevé, avances de frais	Manque de guidance, abandon
39	non	Reste à charge trop élevé, avances de frais <u>Eloignement</u>	Manque de guidance, manque de discernement, pas d'aide de proches
40	non	Reste à charge trop élevé	Manque de discernement, pas d'aide de proches
41	oui	Reste à charge trop élevé <u>Peurs</u>	Manque de guidance, manque de discernement
42	oui	Reste à charge trop élevé	Manque de guidance, manque de discernement, pas d'aide de proches
43	oui	Reste à charge trop élevé <u>Négligence</u>	Manque de discernement, méfiance dans la médecine, pas d'aide de proches
44	non	Avances de frais <u>Négligence</u>	Manque de guidance, pas d'aide de proches
45	oui	Reste à charge trop élevé <u>Manque de disponibilité, éloignement</u>	Abandon, manque de discernement, pas d'aide de proches
46	non	Reste à charge trop élevé <u>Peurs</u>	Manque de discernement, non reconnaissance, pas d'aide de proches
47	non	Reste à charge trop élevé, avances de frais <u>Manque de disponibilité, éloignement</u>	Manque de discernement, pas d'aide de proches
48	non	Reste à charge trop élevé	Manque de discernement, pas d'aide de proches
49	oui	Absence de complémentaire, reste à charge trop élevé <u>Eloignement</u>	Manque de guidance, manque de discernement
50	oui	<u>Lassitude, négligence, éloignement</u>	Manque de discernement
51	oui	Reste à charge trop élevé <u>Manque de disponibilité, éloignement</u>	Craintes, pas d'aide de proches
52	oui	Reste à charge trop élevé <u>Manque de disponibilité, éloignement</u>	Manque de discernement
53	oui	Reste à charge trop élevé	Manque de discernement
54	non	Reste à charge trop élevé, avances de frais	Abandon, manque de discernement
55	non	<u>Peurs, négligence, manque de disponibilité</u>	Manque de discernement, manque de guidance
56	non	Reste à charge trop élevé <u>Eloignement</u>	Abandon, manque de discernement, manque de guidance, pas d'aide de proches
57	non	<u>Négligence, manque de disponibilité</u>	Pas d'aide de proches
58	non	Reste à charge trop élevé	
59	non	Avances de frais	Craintes, méfiance dans la médecine
60	non	Reste à charge trop élevé, avances de frais <u>Peurs, négligence, manque de disponibilité</u>	Abandon, manque de discernement, manque de guidance
61	non	<u>Négligence, manque de disponibilité</u>	
62	non	Reste à charge trop élevé	
63	non	Reste à charge trop élevé	
64	non	Reste à charge trop élevé, avances de frais	Manque de discernement
65	non	Reste à charge trop élevé	Manque de discernement
66	oui	Absence de complémentaire, reste à charge trop élevé	Manque de discernement
67	non	Reste à charge trop élevé <u>Eloignement</u>	Manque de discernement
68	oui	Reste à charge trop élevé	Manque de discernement, manque de guidance, pas d'aide de proches
69	oui	Reste à charge trop élevé	Abandon, manque de discernement, méfiance dans la médecine, pas d'aide de proches
70	non	Reste à charge trop élevé	Manque de discernement, pas d'aide de proches
71	oui (probablement)	Reste à charge trop élevé	Abandon, non reconnaissance, manque de discernement, manque de guidance
72	non	Avances de frais <u>Eloignement</u>	Abandon, manque de discernement

73	non	Reste à charge trop élevé, avances de frais	Manque de discernement, pas d'aide de proches
74	non	Reste à charge trop élevé	Manque de discernement, pas d'aide de proches
75	non	Absence complémentaire, reste à charge trop élevé	Manque de discernement
76	oui	Reste à charge trop élevé	Manque de discernement, pas d'aide de proches
77	non	Reste à charge trop élevé	Manque de discernement
78	oui	Reste à charge trop élevé, avances de frais <u>Négligence</u>	Manque de discernement
79	non	Reste à charge trop élevé, avances de frais <u>Négligence</u>	Manque de discernement, manque de guidance
80	oui	Reste à charge trop élevé	
81	non	<u>Lassitude, négligence</u>	Manque de discernement, manque de guidance, pas d'aide de proches
82	oui	Reste à charge trop élevé <u>Négligence</u>	Manque de guidance, pas d'aide de proches
83	non	Reste à charge trop élevé, avances de frais	Manque de guidance
84	non	<u>Choix personnel de ne pas se faire soigner, Lassitude, éloignement</u>	Méfiance dans la médecine
85	non	Reste à charge trop élevé, avances de frais	Manque de discernement
86	non	Absence de complémentaire, reste à charge trop élevé <u>Lassitude</u>	Craintes, abandon, manque de discernement, manque de guidance, pas d'aide de proches
87	non	<u>Négligence, lassitude</u>	Abandon, manque de discernement
88	non	Reste à charge trop élevé, avances de frais	
89	oui	Reste à charge trop élevé	Méfiance dans la médecine
90	oui	Avances de frais	Manque de guidance, pas d'aide de proche
91	non	Absence de complémentaire, reste à charge trop élevé, avances de frais <u>Eloignement</u>	Pas d'aide de proches
92	oui	Reste à charge trop élevé <u>Choix personnels</u>	Manque de guidance, pas d'aide de proches
93	non	Absence de complémentaire, reste à charge trop élevé <u>Eloignement</u>	Manque de discernement, pas d'aide de proches
94	oui	Reste à charge trop élevé <u>Négligence</u>	Manque de discernement
95	non	Reste à charge trop élevé	Méfiance dans la médecine
96	oui	Absence de complémentaire, reste à charge trop élevé, avances de frais	Manque de discernement
97	oui	Reste à charge trop élevé, avances de frais	Problèmes administratifs
98	non	Reste à charge trop élevé, avances de frais <u>Manque de disponibilité</u>	
99	non	Reste à charge trop élevé, avances de frais <u>Lassitude, éloignement</u>	Manque de discernement, abandon, craintes, pas d'aide de proches
100		Reste à charge trop élevé	Manque de discernement, pas d'aide de proches
101	non	Reste à charge trop élevé, avances de frais	Manque de discernement, problèmes administratifs, pas d'aide de proches
102	non	<u>Négligence, choix personnels, éloignement</u>	
103		Reste à charge trop élevé <u>Peurs, lassitude</u>	Manque de guidance, craintes
104	non	Reste à charge trop élevé, avances de frais	Manque de discernement
105	non	Reste à charge trop élevé, avances de frais	Manque de guidance
106	non	Reste à charge trop élevé <u>Eloignement</u>	
107	non	Reste à charge trop élevé, avances de frais	Manque de discernement
108	oui	Reste à charge trop élevé, avances de frais <u>Manque de disponibilité</u>	
109	non	Reste à charge trop élevé, avances de frais <u>Eloignement, manque de disponibilité</u>	

110	non	Avances de frais <u>Eloignement</u>	Manque de guidance
111	non	Reste à charge trop élevé, avances de frais <u>Manque de disponibilité, négligence</u>	Pas d'aide de proches
112	non	Reste à chargé trop élevé	Manque de discernement, pas d'aide de proches
113	non	Reste à chargé trop élevé <u>Peurs</u>	Pas d'aide de proches

Annexe 12 : Importance de chaque type de raisons selon le territoire de résidence.

Les résultats portent sur l'ensemble des renoncements déclarés.

Raisons du renoncement ?																																								
Pays																																								
	Absence de moyens de transport		Autre		Avance des frais		Choix personnel de ne pas se faire soigner		Coût de transport élevé		Craintes liées au travail (pression...)		Délais de RV / trop longs		Demarches trop compliquées (besoin d'accompagnement)		Eloignement géographique		Impossibilité physique de se déplacer		Lassitude		Non connaissance de praticiens		Négligence		Perte de revenu due à un arrêt de travail		Peu ou pas urgent		Peur des médecins, du diagnostic		Problème de disponibilité (pas le temps)		Refus de soins d'un praticien (discrimination ou saturation)		Reste à charge trop élevé		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Autre département	0	0,0%	2	5,6%	3	8,3%	1	2,8%	1	2,8%	0	0,0%	4	11,1%	0	0,0%	1	2,8%	0	0,0%	2	5,6%	1	2,8%	2	5,6%	1	2,8%	1	2,8%	1	2,8%	3	8,3%	0	0,0%	13	36,1%	36	100,0%
Camargue Vidourte	5	1,2%	19	3,6%	69	16,4%	12	2,8%	4	0,9%	6	1,4%	21	5,0%	7	1,7%	7	1,7%	3	0,7%	9	2,1%	1	0,2%	16	3,8%	17	4,0%	23	5,3%	10	2,4%	38	9,0%	1	0,2%	158	37,4%	422	100,0%
Cèvenne-Aigoual	26	4,2%	20	3,2%	74	12,0%	24	3,4%	19	3,1%	5	0,8%	25	4,0%	14	2,3%	30	4,8%	1	0,2%	12	1,9%	2	0,3%	36	5,8%	11	1,8%	24	3,9%	17	2,7%	41	6,6%	4	0,6%	237	38,3%	619	100,0%
Grand Nîmes	6	0,9%	30	4,4%	94	13,9%	17	2,5%	2	0,3%	4	0,6%	23	3,4%	19	2,8%	7	1,0%	10	1,5%	21	3,1%	7	1,0%	36	5,3%	16	2,4%	25	3,7%	19	2,8%	57	8,4%	8	1,2%	276	40,8%	677	100,0%
Uzège Gard Rhodanien	9	3,0%	16	5,3%	47	15,6%	11	3,6%	3	1,0%	9	3,0%	4	1,3%	3	1,0%	10	3,3%	9	3,0%	8	2,6%	6	2,0%	8	2,6%	19	6,3%	11	3,6%	4	1,3%	23	7,6%	3	1,0%	99	32,8%	302	100,0%
Total	46	2,2%	83	4,0%	287	14,0%	62	3,0%	29	1,4%	24	1,2%	77	3,7%	43	2,1%	55	2,7%	23	1,1%	52	2,5%	17	0,8%	98	4,8%	64	3,1%	84	4,1%	51	2,5%	162	7,9%	16	0,8%	783	38,1%	2 066	

p < 0,1% ; chi2 = 162,18 ; ddl = 72 (TS)

La relation est très significative.

Annexe 13 : Importance de chaque type de raisons selon l'origine du repérage.

Les résultats portent sur l'ensemble des renoncements déclarés.

Raisons du renoncement ?																																									
Service																																									
	Absence de moyens de transport		Autre		Avance des frais		Choix personnel de ne pas se faire soigner		Coût de transport élevé		Craintes liées au travail (pression...)		Délais de RV trop longs		Démarches trop compliquées (besoin d'accompagnement)		Eloignement géographique		Impossibilité physique de se déplacer		Lassitude		Non connaissance de praticiens		Négligence		Perte de revenu due à un arrêt de travail		Peu ou pas urgent		Peur des médecins, du diagnostic		Problème de disponibilité (pas le temps)		Refus de soins d'un praticien (discrimination ou saturation)		Reste à charge trop élevé		Total		
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.	N
Accueil CPAM	1	0,4%	13	4,7%	32	11,5%	6	2,2%	1	0,4%	0	0,0%	4	1,4%	4	1,4%	3	1,1%	1	0,4%	3	1,1%	1	0,4%	18	6,6%	2	0,7%	9	3,2%	8	2,9%	14	5,0%	0	0,0%	159	57,0%	279	100,0%	
CARM	17	8,9%	6	3,1%	19	7,9%	13	6,8%	12	6,3%	0	0,0%	11	5,8%	1	0,5%	19	9,4%	1	0,5%	8	4,2%	0	0,0%	11	5,8%	3	1,6%	7	3,7%	6	3,1%	16	7,9%	0	0,0%	47	24,6%	191	100,0%	
CES CPAM	2	0,8%	7	2,6%	64	24,2%	9	3,4%	0	0,0%	2	0,8%	6	2,3%	3	1,1%	1	0,4%	0	0,0%	3	1,1%	1	0,4%	16	6,0%	2	0,8%	6	2,3%	6	2,3%	19	7,2%	1	0,4%	117	44,2%	266	100,0%	
CHU	3	1,3%	22	9,3%	26	11,0%	9	3,8%	0	0,0%	1	0,4%	17	7,2%	17	7,2%	4	1,7%	4	1,7%	10	4,2%	2	0,8%	13	5,6%	2	0,8%	8	3,4%	8	3,4%	27	11,4%	2	0,8%	62	26,2%	237	100,0%	
Conseil Général	6	3,5%	8	4,6%	24	13,9%	6	3,5%	3	1,7%	0	0,0%	5	2,9%	6	3,5%	6	3,5%	4	2,3%	7	4,0%	9	5,2%	5	2,9%	3	1,7%	11	6,4%	1	0,6%	16	9,2%	3	1,7%	50	28,9%	173	100,0%	
MSA	10	6,4%	10	6,4%	23	12,4%	2	1,1%	3	1,6%	4	2,2%	6	3,2%	4	2,2%	8	4,3%	2	1,1%	2	1,1%	0	0,0%	8	4,3%	12	6,5%	10	5,4%	7	3,8%	13	7,0%	0	0,0%	62	33,3%	186	100,0%	
Mutuelle Française	2	0,9%	5	2,3%	20	8,3%	6	2,3%	2	0,9%	2	0,9%	16	7,4%	4	1,9%	6	2,3%	2	0,9%	1	0,5%	1	0,5%	12	5,6%	7	3,2%	21	9,7%	2	0,9%	32	14,8%	1	0,5%	76	35,2%	216	100,0%	
RSI	1	1,2%	1	1,2%	8	9,6%	1	1,2%	1	1,2%	1	1,2%	3	3,6%	0	0,0%	1	1,2%	1	1,2%	3	3,6%	2	2,4%	2	2,4%	9	10,7%	5	6,0%	4	4,8%	9	10,7%	2	2,4%	30	36,7%	84	100,0%	
Service Médical	0	0,0%	1	1,2%	4	4,9%	3	3,7%	0	0,0%	7	8,6%	3	3,7%	0	0,0%	2	2,5%	0	0,0%	6	7,4%	0	0,0%	4	4,9%	1	1,2%	2	2,5%	2	2,5%	5	6,2%	0	0,0%	41	60,6%	81	100,0%	
Service Social	6	1,6%	11	2,9%	77	20,2%	9	2,4%	7	1,8%	7	1,8%	7	1,8%	7	1,8%	9	2,4%	8	2,1%	10	2,6%	2	0,5%	11	2,9%	24	6,3%	5	1,3%	10	2,6%	13	3,4%	7	1,8%	152	39,8%	382	100,0%	
Total	48	2,3%	84	4,0%	293	14,0%	63	3,0%	29	1,4%	24	1,1%	78	3,7%	46	2,2%	57	2,7%	23	1,1%	63	2,6%	18	0,9%	100	4,8%	68	3,1%	84	4,0%	64	2,6%	163	7,8%	16	0,8%	796	38,0%	2 084		
p < 0,1% ; chi2 = 638,82 ; ddl = 162 (TS)																																									
La relation est très significative.																																									

Annexe 14 : Actions des enquêtés et/ou des professionnels pour éviter/sortir des situations de renoncement.

N°	Actions pour éviter ou sortir du renoncement
1	Besoin d'actes de chirurgie pour un pouce qui handicape cette femme dans son activité professionnelle manuelle. <u>Consultation d'un chirurgien sur recommandation MT.</u> Vu le coût pas de suite ; pas cherché d'aide financières. Jamais de visite Médecine du travail via l'entreprise d'intérim. Consultation allergologue, renvoi vers dermatologue : pas de consultation (coût et disparition du besoin). A eu connaissance de l'ACS suite au décès du père et l'a obtenue, en <u>aidant sa mère à obtenir la CMU-C auprès de la CPAM.</u> Obtention d'une AJPP lors d'une 1 ^{ère} demande (liée à opération de son enfant). Refus d'une demande suivante pour 2 ^{ème} opération. Coût opération supportée car <u>chirurgien a accepté de ne pas pratiquer de dépassement d'honoraires.</u>
2	Non réalisation d'un examen de contrôle demandé par le MT. Crainte du résultat mais aussi dossier en transit entre CPAM. <u>Nombreuses démarches (vaines) auprès des CPAM</u> de Marseille et d'Alès. <u>Recherche par elle-même d'une complémentaire accessible financière.</u> Découvre l'ACS lors de l'entretien : <u>documentation reçue lors de l'entretien.</u>
3	Problèmes auditifs apparus en 2007 ; diagnostiqués par <u>Médecine du travail en 2009</u> : aménagement du poste de travail par l'entreprise. Au chômage, renonce à renouveler appareillage auditif à cause du coût/reste à charge. Chute des ressources oblige aussi son épouse à renoncer à soins dentaires, mais aussi sa fille reconnue travailleur handicapée (audition) à renoncer à appareillage. Depuis, <u>démarche auprès de la MDPH</u> pour aide financière pour frais d'appareillage auditif : tous comptes faits des aide (MDPH + CPAM + mutuelle), ne donne pas suite : reste à charge trop élevé. Pourtant, besoin de retrouver un emploi car droits au chômage vont prendre fin et trop jeune pour la retraite : or, pas d'appareil auditif pas de possibilité de travailler.
4	Renoncement de son enfant à soins d'orthodontie (cas de « parentification ») : coût. Autre renoncement : à acte de chirurgie recommandé par MT, car autre avis médical négatif. <u>Avait économisé en conséquence.</u> Projet interrompu : dépression, arrêt maladie qui conduit à <u>ALD</u> . Suivi administratif arrêt maladie par AS CPAM permet d'ouvrir une ACS (inconnue auparavant). <u>L'entretien permet de faire connaître la possibilité d'aide financières pour soins dentaires.</u>
5	Besoins importants de soins optiques et dentaires : renoncement à cause du coût (très faible « reste pour vivre »). <u>Demande d'aide administrative à une AS</u> : ALD accordée. <u>L'AS constitue aussi dossier ACS</u> : mutuelle et fin renoncement soins optiques et peu à peu soins dentaires (reste à charge élevé). Manifestement, ne connaît pas aide CPAM pour frais dentaires.
6	Renoncement à suivi gynécologique malgré besoins ayant demandé opération. Minimum de soins en dentaire, mais besoins déclarés non satisfaits : problèmes circulatoires et asthme non traités. Pas les moyens d'acheter les médicaments, mais du fait du mari accidenté (suivi hebdomadaire en hôpital psychiatrique), passe sa santé personnelle au second plan. <u>A sollicité AS CCAS et CPAM pour aide financières</u> (obtenues) suite à accident de travail du mari. <u>Conseil des AS de se faire suivre psychologiquement</u> : conseil non suivi. Etat dépressif : caché/non perçu par MT (installé dans son immeuble).
7	<u>Démarches administratives inachevées</u> pour avoir mutuelle (trop compliquées, négligence), renoncement à soins dentaires par crainte du reste à charge. Egalement renonce à consultation MT. Apparemment <u>CPAM est intervenue dans l'établissement de formation</u> , jeune normalement informé (pas de traces de cette action dans la synthèse).
8	Agressions au travail (gardiennage) ; très affecté. Apparemment des <u>démarches de sa part pour reconnaissance invalidité</u> ; refus malgré apparemment avis favorable en première instance du <u>médecin conseil Assurance maladie</u> . Ne sais quoi faire avec le courrier notifiant le refus. <u>Démarche retraite en cours.</u>
9	Droits à la retraite non ouverts. <u>A consulté au centre médical CPAM</u> : préconisations soins dentaires. Manque d'informations sur prises en charge. Connaît l'existence de l'aide financière pour soins dentaires, mais ignore les démarches à entreprendre (regrette ne pas avoir été convié par un conseiller CPAM ; on ne sait pas si la personne a sollicité un rendez-vous). <u>A demandé au MT où s'adresser pour IRM gratuite</u> , après que MT l'ait adressé à un prestataire payant. <u>Le spécialiste a accepté de prolonger la gratuité pour examens suivants.</u>

10	<p>Cas particulier d'une personne atteinte d'une maladie professionnelle qui, par ses conséquences financières, induit des renoncements à des soins dentaires et oculaires, à des consultations de spécialistes liées à sa maladie et à l'achat des médicaments qui lui seraient pourtant nécessaires.</p> <p>Nombreuses actions pour être reconnu malade de l'amiante (contamination dans le cadre professionnel) et obtenir réparation, sans résultat : a consulté au tout début un spécialiste, <u>a alerté l'entreprise et sollicité les services de la médecine du travail</u> (non réponse), <u>a été convoqué par le médecin conseil de la CPAM</u> (probablement suite à arrêt de travail). Au final, « dossier consolidé » avec statut d'invalidité à 3%. <u>Contestation de la décision</u>, avec le soutien du pneumologue libéral et de la médecine du travail : retour devant le médecin conseil de la CPAM, et nouvelle expertise à l'hôpital, confirmation de la gravité. Cependant la situation reste bloquée. <u>Est prêt à recourir en justice</u>.</p> <p>Par ailleurs, lui et sa femme ont subi des refus de soins de la part de dentistes (rappel : absence de complémentaire).</p>
11	<p>Devant un refus de remboursement de l'Assurance maladie dû à des « impayés », cette femme a <u>demandé à son dentiste de la soigner bénévolement, achète des lunettes-loupes</u>. Pour des raisons financières, elle renonce à des soins de dermatologie, n'achète plus de médicaments (franchise), espace les consultations chez le MT, renonce à des soins « de luxe ». <u>L'entretien permet de faire connaître la possibilité de l'ACS</u>.</p>
12	<p>Renoncement par habitude, ou habitude de ne pas consulté. <u>Aidé par son amie a pu être son ayant-droit pour la CMU-C</u>, prend la mesure de ses besoins de soins.</p>
13	<p>Renonce à des soins de kinésithérapie et de rhumatologie ; achète une optique très bas de gamme ne correspondant pas à ses besoins. <u>A fait une demande d'ACS, d'abord refusée puis acceptée</u> (n'a pas compris).</p>
14	<p>A obtenu l'année dernière <u>une aide du CCAS</u> pour accueillir ses enfants. Renonce à achat de lunettes et à soins dentaires. <u>Va faire un bilan de santé en CES</u> suite à convocation.</p>
15	<p>A eu connaissance par bouche-à-oreille de l'ACS. <u>Ouverture de l'ACS</u>, mais ne sait pas si ses parents – à charge – financière pour les soins peuvent en bénéficier. <u>N'a pas répondu aux courriers</u> pour bilan de santé de l'Assurance maladie.</p>
16	<p>A l'issue de l'entretien prend rendez-vous à la CPAM pour un bilan de santé (pensait qu'il s'agissait de cela et non d'un entretien).</p>
17	<p>Reconnu travailleur handicapé suite à accident de la route. Infection contractée lors d'une intervention chirurgicale liée à celui-ci, impossibilité de le faire reconnaître malgré des démarches sans soutiens, cet homme subit des frais de soins supplémentaires, alors qu'il se prive déjà de consulter son MT ; or baisse de ressources du fait d'un arrêt de travail longue durée suite à intervention chirurgicale. Du fait de l'arrêt de travail, a reçu un courrier du <u>service social de la CPAM : demande d'aide obtenue</u>. Va prendre <u>rendez-vous à la MDPH</u>. Epouse en ALD.</p>
18	<p>Renonce à optique et se « suffit » d'un appareillage dentaire rudimentaire. Au décès de son mari, <u>prise en charge par une AS du CG : dossier CMU-C</u> car fin ayant-droit sur mutuelle professionnelle. Lors du dépôt de dossier CMU, <u>l'accueil CPAM a pris rdv pour examen de santé</u>. Aujourd'hui, attend justificatif pension de réversion pour savoir si droit à CMU-C reconduit. A pu obtenir médicaments pour dépression malgré expiration CMU-C, pharmacien conciliant. Attend renouvellement pour CMU-C pour autres consultations.</p>
19	<p>En ALD pour maladie pulmonaire. <u>A demandé délai de paiement</u> au pneumologue qui a accepté contre saisie de la carte vitale ; entre-temps hospitalisation, obligation de payer les frais en l'absence de la CV, jamais remboursés. Renonce à des soins dentaires et optiques. Les premiers indispensables pour sa recherche d'emploi stable. N'a pas la CMU-C pour un dépassement de 4 €. <u>Agent CPAM a cherché une « dérogation »</u> ; pas possible. <u>L'entretien BRSG lui apprend la possibilité d'aide financières CPAM</u>.</p>
20	<p>Situation sociale très complexe. <u>Suite à un bilan de santé en CES a pu rencontrer une AS</u>. Sans MT. Est revenu à CPAM, <u>accueil a orienté pour accompagnement individualisé</u>. <u>Dossier en cours pour soins dentaires</u>.</p>
21	<p>Maladie cardiaque qui peut déboucher sur une inaptitude au travail qui lui ferait perdre son emploi. Reconnue travailleur handicapée (50%) pour problème à l'épaule ; <u>son MT l'a aidée pour dossier travailleur handicapé</u>. Souffre d'une maladie professionnelle (« maladie 51 ») : <u>s'est adressée à CPAM</u>, deux ans d'attente, <u>a abandonné</u>.</p>
22	<p><u>Visite à la CPAM pour la CMU-C, ouverture du droit</u>.</p>

23	Visite à la CPAM pour mettre à jour la carte vitale. <u>Ont demandé renseignements sur possibilités prise en charge</u> (lui au chômage depuis 2010, sans complémentaire). Dossier constitué, aujourd'hui <u>CMU-C ouverte</u> . Entre-temps avaient reçu dossier ACS : pas donné suite car pas d'indication sur le reste à charge. Pour autant, renoncement à des soins se poursuit (examens, soins dentaires) car ne connaît pas le reste à charge ; manque flagrant de discernement, pourtant engageant des <u>démarches vers CPAM et CAF</u> . Très réticents pour se rendre en CES.
24	ALD pour diabète, mais renonce à optique et soins dentaires. Retard pour renouvellement CMU-C, perdue dans la démarche. Est restée 9 mois sans carte vitale (passage RSI au Régime général) ; <u>nombreux allers-retours à la CPAM pour ouverture de CMU-C. Enquête BRSG permet un entretien individualisé très utile.</u>
25	AAH à 60% du fait de deux pathologies invalidantes. Difficulté à se faire soigner pour dégénérescence oculaire au CHU Montpellier, car impossibilité de conduire après les soins. Trajets pas pris en compte par CPAM : <u>a demandé une reconnaissance ALD, refusée.</u> Du fait de la revalorisation de son AAH, cette personne a perdu ses droits au RSA et la CMU-C ; ACS accordée, mais complémentaire basique, capacité financière à se faire soigner réduite, conséquences : report sinon abandon de certains soins (dentaires) ; demande de paiement fractionné (optique).
26	Besoins de soins dentaires importants et très onéreux. Incapacité à les payer. Priorité donnée aux soins orthodontiques d'un des enfants. Par le bouche à oreille <u>s'est adressée à la CPAM pour aide financière pour soins dentaires. Apparemment pas d'examen des droits à CMU-C ou ACS.</u>
27	Cas d'un homme qui renoncement <u>S'est adressé à la CPAM après que son MT lui ait signifié une « absence de droits »</u> volontairement à des actes dentaires (apparemment liée à période de chômage). Rétablis.
28	<u>Renseignement pris auprès clinique dentaire mutualiste, de sa mutuelle</u> : conseillée pour mettre en concurrence les devis.
29	Cette retraitée <u>a rencontré à plusieurs reprises AS CPAM et CG30 pour aide transports pour consultations médicales. Pas de solution ; renvoi à elle-même</u> (« trouver dans son quartier des structures pour se rendre à Alès ou Nîmes »).
30	Démarche à la CPAM pour dossier retraite et AAH, <u>dirigé sur ACS</u> , en cours de constitution. Critique la lourdeur du dossier de demande (pièces justificatives).
31	Apparemment rien. Sauf <u>demande à son MT de mettre fin à l'arrêt de travail</u> : souffrance psychologique de ne pas travailler.
32	<u>Rdv avec AS CPAM pour explication statut d'invalidé</u> : explications techniques et accompagnement moral. A obtenu rdv AS du fait de l'ouverture invalidité ; apparemment pas prévenue par médecin conseil CPAM. Une intervention chirurgicale, en plus des soins en oncologie, a repoussé actes dentaires urgents. Le coût a augmenté au-delà du devis accessible obtenu via le CHU. Se trouve en difficulté pour payer devis réévalué. A fait <u>demande d'aide à CPAM, délais de 2 mois</u> alors que l'implant est urgent pour éviter infection avec conséquences graves pour cette femme qui soigne un cancer.
33	<u>Venue au CES pour bilan santé : nombreux conseils et prescriptions.</u> Mais découragement face à celles-ci : inquiétude sur état de santé et crainte de ne pouvoir payer les soins nécessaires. <u>Demande de CMU-C</u> , s'estime éligible. Revenue à la CPAM pour connaître avancement de la demande : réponse de l'accueil, <u>contrôle en cours sur d'éventuels autres revenus dans le pays d'origine.</u>
34	-
35	<u>Rencontre médecin conseil</u> dans cadre arrêt de travail : MC recommande reprise du travail, contrairement avis MT et chirurgien (guidance). Manque de discernement sur suites. Très faibles ressources, pourtant CS sans ACS. Et ne connaît pas aide pour soins dentaires. <u>Aucune info transmise par MC.</u>
36	<u>Rencontre médecin conseil</u> dans cadre arrêt de travail : MC recommande reprise du travail, contrairement avis MT et chirurgien (guidance). Manque de discernement sur suites.
37	<u>Rencontre médecin conseil</u> dans cadre arrêt de travail : <u>MC a mis en relation avec service social CPMA pour recherche d'aide financières.</u>

38	<p>Rencontre médecin conseil dans cadre arrêt de travail : alerte sur problème de poids. Problème connu pour cette femme et sa fille : pas les moyens de traiter (effet sur dépression).</p> <p>Rencontre MT pour diabète : montage dossier ALD.</p> <p>Entretien BRSG : découverte ACS (personne avec CS – hors CMU-C – sans ACS ; possiblement éligible CMU-C).</p> <p>Nota : pas eu rdv avec AS CPAM suite à arrêts de travail (accident du travail). Totalement isolée et démunie face à l'employeur et dans les démarches auprès de la CPAM : IJ versées mais pas complément salaire.</p>
39	<p>Après accident du travail, jugée « inapte » par Sécurité sociale, mais pas d'ouverture de droits.</p> <p>Lors d'une dernière hospitalisation, AS a essayé ouverture de droit APA ; vu les bas revenus, aurait été orientée vers aide sociale temporaire.</p>
40	<p>Arrêt maladie suite à accident du travail : demande IJ, pas versées.</p> <p>Lors visite MC fait part problèmes remboursement soins et IJ non versées. Renvoi vers accueil Villeneuve : multiples démarches, apports de justificatifs... Pas de réponse.</p>
41	<p>Rencontre médecin conseil dans cadre arrêt de travail : apparemment pas de conseil ou orientation pour aide financières alors que cette femme renonce à différents soins par manque de moyens et a une complémentaire sans ACS.</p>
42	<p>Est venue il y a 3 ans à CPAM pour renouveler CMU-C, trop de revenus, passage à ACS. Par ailleurs aide service social pour retraite du mari, et pour aide financière soins dentaires (venue après lettre d'avertissement reçu du dentiste non payé).</p> <p>Entretien BRSG débouche sur accueil pour explication des modalités de paiement comme bénéficiaire ACS.</p>
43	<p>Difficulté pour reconnaissance invalidité. Aidée par AS hôpital. Depuis vu baisse ressources (chômage du mari) a demandé bénéfice complément à CPAM : dossier jamais reçu. Hors mari arrive à fin de droits, et va demander RSA. Couple avec CS avec ACS.</p>
44	<p>A demandé consulter MC CPAM pour reprise activité. Pas de réponse, dépression.</p> <p>S'est adressé à CPAM pour connaître raison non prise en compte de son accident du travail : apprend existence service social et reçoit explication sur reconversion professionnelle, sur reconnaissance invalidité, sur offres secteurs 1 et 2. Suivi AS interrompu, impossibilité de recontacter (passage par un serveur).</p>
45	<p>Avertie par la MGEN de la possibilité ACS lors que couple a refait dossier PCH pour enfant handicapé.</p> <p>Apparemment éligible à CMU-C ; ne la connaissait pas avant d'avoir accompagné un tiers à CPAM.</p> <p>Rencontre de 2 AS (CG et MDPH) pour renouvellement PCH. Possibilités ACS ou CMU-C selon aide reçue.</p>
46	<p>Cas :</p> <p>5 mois en arrêt maladie. Reprend le travail avec mi temps thérapeutique. Convoquée pour rdv MC : devant gravité maladie chronique, MC conseille montage dossier invalidité pour garantir temps partiel. Contactée par AS via MC pour montage dossier. Nouveau contrôle par même MC : changement de diagnostic, met en cause demande invalidité. Revoit AS qui pense à un « cafouillage » : impuissante, avis rendu MC : fin immédiate arrêt maladie, demande invalidité annulée. A noter que pendant son arrêt maladie, a reçu courrier CPAM assurant d'une prise en charge sur 3 ans.</p>
47	<p>Pas de lien avec renoncement, mais cette femme de 77 ans (seule) a rencontré AS lors hospitalisation (fracture col fémur) : demande aide financière à CPAM pour aménagement baignoire (devis de 7 000 €), orientation sur Égérie. Réponse en attente.</p>
48	<p>Rencontre avec AS (CPAM) pour aide financement soins dentaires.</p> <p>Rencontre par ailleurs le cas échéant AS MSA pour aide d'urgence (factures énergie)</p>
49	<p>Questionne l'enquêtrice BRSG sur les complémentaires (couple sans complémentaire ; avait la CMU-C quand enfants à charge).</p> <p>L'enquête apprend au couple l'existence des CES et possibilité bilan santé. Remise prospectus.</p>
50	-
51	<p>Se rend à CPAM pour décompte des IJ et suivi de son arrêt de travail, inquiétude. N'évoque pas ses difficultés de financement soins dentaires ; pas de question côté service. Pourtant cet homme a besoin d'évoquer sa situation : craint le licenciement si arrêt maladie est prolongé.</p>
52	<p>Couple âgé, aide à domicile (via MSA) après hospitalisation, puis interruption, pas de nouvelles de l'AS.</p> <p>Apparemment pas examen droits à l'APA, pas examen aide pour transports. Ne connaît pas ACS (CS sans ACS).</p>

53	Pré-visite de reprise avec médecine du travail : conseil management de poste ; pas possible pour entreprise (TPE). Accompagnement AS depuis visite MC : AS oriente sur procédure reclassement professionnel (très longue) ; suit atelier avec CAP emploi et CPAM, début stage CARSAT en avril. Dossier MDPH avec AS (travailleur handicapé reconnu jusqu'en 2017). Cela dit, CS sans ACS, « ne sait pas où s'adresser » pour aide optiques et dentaires. Site Ameli.fr : sans utilité pratique.
54	Après perte CMU-C, pas CS ; a revu AS pour aide financière pour se soigner et a dit être sans CS : ouverture ACS . Se soigne moins depuis qu'elle a ACS : reste à charge. Apparemment mal informée sur choix OC et sur droits liés à ACS. Nota : pas certain que l'éligibilité de sa fille étudiante comme ayant-droit ACS ait été vérifiée.
55	-
56	Rencontre avec AS (probablement du CG30) pour demande d'aide financière pour soins dentaires . Conseil de l'AS : se tourner vers dentiste près à mensualiser le paiement . Pas orientée vers CPAM. Vois cette AS surtout pour réouverture APL, problème principal pour cette femme : paiement loyer et charges (ne peut plus se chauffer).
57	-
58	Sur les conseils de son ORL cet homme âgé de 84 ans a pris rendez-vous avec la CAMARCA pour demander une aide financière pour l'achat d'un appareil auditif. Se dit près à rencontrer une AS si besoin.
59	Lors de l'entretien BRSG, la personne cherche à confirmer l'existence de l'ACS dont elle a su l'existence par le bouche à oreille. Cette personne se fait soigner dans une maison médicale et est à la MSA.
60	Suite à déménagement de Lyon à Nîmes, déplacement à la CPAM pour transférer/renouveler dossier CMU-C et carte Vitale.
61	-
62	Lors d'une période de chômage, bien conseillée à l'accueil antenne CPAM sur CMU-C et sur possibilité ACS dès que situation s'améliorerait. Curieusement, déclare ne pas savoir vers qui se tourner pour aide pour soins dentaires .
63	Lors dépôt document pour prolongement arrêt maladie rencontre AS qui a proposé rendez-vous : peu encouragé et surtout découragé par les pièces à fournir (sa femme défunte s'occupait des démarches administratives) à abandonné . Aurait bénéficié plus tard de l'ACS, ensuite perdu le bénéfice du fait d'une bourse accordée à son enfant.
64	A rencontré une AS du CG30 pour accéder à une complémentaire santé (actuellement CS sans ACS), réponse sur une facture d'électricité. Apparemment AS pas au fait de la CMU-C et ACS, <i>a fortiori</i> aide CPAM pour soins dentaires. A adressé dossier demande de CMU-C : réponse CPAM sur répondeur vocal , pas pris en compte ; situation inchangé alors que cette femme est très probablement éligible.
65	A demandé une aide à la CPAM pour sa fille : « pas eu de réponse ». Averti par son dentiste de l'aide CPAM pour financer des soins dentaires. S'est aussi renseignée à l'accueil CPAM pour ACS : apparemment réponse immédiate sur sa non éligibilité. A réalisé bilan de santé : très satisfaite.
66	S'est rendue à la CPAM pour une demande de CMU-C . En attente. A cru comprendre qu'à l'accueil, une demande d'aide pour soins dentaires a été faite. Pas certaine, apparemment pas de réception.
67	Lors d'une période de chômage, demande d'ACS . Pas éligible mais aide exceptionnelle pour soins dentaires (perçue une fois que la situation financière du ménage s'était redressée)
68	Personne ignorant les dispositifs CMU-C et ACS (a une CS sans ACS et est estimée sous le seuil de pauvreté), et plus largement tous les systèmes d'aide. Typique des personnes non repérées par les services sociaux. Pas de demande d'ACS en cours .
69	Femme seule avec des enfants à charge totalement perdue par rapport à ses droits, mais avec la CMU-C. Sans suivi social. Lors renouvellement CMU-C a expliqué besoins de consultations pour elle et enfants : proposition d'un bilan de santé , rdv n'a pas débouché (problème d'accueil). A demandé aide alimentaire au CG puis hébergement d'urgence .

70	Fin IJ signifiée, <u>en attente de reconnaissance d'invalidité</u> . En situation de fin de droits, plus de ressources.
71	Soins d'abord pour imaginer formation et activité. Démarches pour reconnaissance invalidité et reconversion professionnelle. <u>Dossiers à MDPH et CPAM, en attente depuis plusieurs mois</u> . Auparavant <u>ouverture IJ grâce à vigilance agent accueil CPAM</u> . Autres problèmes, autres démarches : <u>pas de coordination</u> . A appris par bouche-à-oreille l'existence de l' <u>ACS</u> qu'elle a obtenue. Sa situation devrait à l'évidence lui <u>ouvrir droit à la CMU-C</u> . Pourtant en contact avec la CPAM, la proposition ne lui a pas été faite, apparemment réponse partielle. S'est tournée vers son OC (GMF) à défaut de savoir vers qui d'autre. Dirigée par GMF vers Aviva.
72	-
73	Lors visite mission locale orientation sur CES : <u>bilan</u> . Rien de plus.
74	<u>Demande d'aide pour hébergement</u> /logement à association, pour sortir de la rue. Pas de connexion avec besoins de soins. Pour demande d'aide pour achat optique, <u>visite à CPAM</u> : orientation vers CES. Pas de relai vers service social, alors que personne très précaire.
75	Note les suspicions CAF et CPAM vis-à-vis de la véracité de la situation déclarée. A accueil CPAM <u>pas proposition rdv avec AS</u> .
76	<u>L'aide du MT est à remarquer</u> : intermédiaire utile pour toutes les démarches
77	Lors d'un bilan de santé, <u>information reçue sur aide financières pour soins dentaires</u> .
78	Antérieurement <u>demande de CMU-C : refusée pour quelques euros</u> , alors que situation professionnelle instable entre emploi et chômage. A l'époque, la CPAM n'a pas informé sur ACS. Depuis cette personne ne cherche plus à savoir si elle est éligible à une prestation ou une autre : le refus « sec » a engendré un non-recours « définitif ».
79	<u>Demande d'aide à CPAM après licenciement mari : refus ; rencontre AS car situation financière aggravée : refus</u> car juste au dessus plafond : abandon de toute demande (non-recours définitif alors que la situation financière se détériore). Connaissance vague de l'ACS (actuellement complémentaire sans ACS).
80	<u>Demande aide d'urgence à AS pour paiement facture cantine, électricité</u> .
81	Suite à intervention chirurgicale ratée, cette femme a intenté un procès. A fait dans le passé <u>une demande d'aide de financement de soins dentaires : refusée</u> . N'a jamais réitéré sa demande.
82	-
83	<u>Demande d'aide à AS</u> : réponse que cette femme (seule avec 3 jeunes enfants) trouve un logement moins onéreux et demande d'abord de l'argent à ses proches.
84	<u>Rien</u> : cas typique (exploitant agricole) de ceux qui ne font rien pour éviter/sortir du renoncement à des soins : ni l'habitude de se soigner, ni la possibilité (temps, argent). En plus par de motivation suite à divorce.
85	<u>Démarche d'obtention d'une carte vitale</u> concernant la conjointe, étrangère. Complexité (mutuelle plus exigeante que la préfecture sur les conditions) et difficulté d'avoir un interlocuteur direct.
86	Dans le passé demande secours à AS CG pour factures. <u>Etat psychique qui empêche cette femme de faire demande ACS</u> (sans complémentaire) de peurs d'un échec qui aggraverait sa dépression. Se dit mal informée de ses droits, ne sait pas à qui s'adresser.
87	<u>Démarche auprès de l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM)</u> suite au décès du fils. En cours. Etat psychique dégradé et état de santé général précaire (cancer en rémission) : <u>souhaiterait bilan de santé</u> , mais paraît compliqué avec MSA.
88	En fin de droit CMU-C a rencontré une AS. L'a orienté sur un OC sans lui parlé de l'ACS. Lors de démarches à la CPAM, <u>agent d'accueil lui signale possibilité d'ACS : obtenue et ouverte</u> ; amélioration du niveau de couverture.
89	<u>Recours régulier au CES</u> mais <u>jamais demande d'aide financière</u> pour réalisation actes chirurgicaux nécessaires ; pas dans les habitudes.
90	Par la CAF, <u>rencontre d'une AS pour demandes d'aide : refus car emploi rémunéré</u> (agent d'entretien, femme seule avec enfant atteint d'obésité). <u>Non-recours définitif</u> aux aide sociales.

91	<u>Cas typique d'un assuré sans complémentaire, très précaire, avec maladie endocrinienne demandant des soins réguliers, repéré par aucun service. Aucune alerte vers services CPAM de la part du MT.</u>
92	Rencontre médecin conseil et service social pour dossier invalidité du mari : <u>ALD obtenue</u> . Mais conflit avec ancien employeur (public) qui réclame remboursement de derniers salaires : <u>problème d'information incomplète</u> .
93	-
94	-
95	Apprend après le décès de sa femme la possibilité d'une aide à domicile pour personne malade.
96	A appris la possibilité de soins dentaires au CHU, compte s'y rendre et de voir à cette occasion possibilité de réaccéder à la CMU-C (sans complémentaire au moment de l'entretien).
97	-
98	-
99	Après perte CMU-C une fois la retraite, <u>demande d'ACS : obtenue</u> . Or ne savait pas la nécessité de renouveler la demande : <u>a perdu avantage ACS</u> .
100	<u>Se rend dans un centre mutualiste</u> après en voir appris la possibilité par un ami médecin : accès à lunetterie.
101	Lors hospitalisation, découvre suspension de ses droits. <u>AS CHU propose des contrats pour une complémentaire</u> : pourtant situation précaire, possible éligibilité ACS sinon CMU-C. <u>Médecins conseillent de se rapprocher de Nîmes vu lourdeur des soins</u> , pas de jonction avec service social, se débrouille avec des proches.
102	-
103	-
104	Lors sortie CHU n'a pas rencontrée AS : maladie lourde, femme seule, CMU-C. Cette femme avait besoin d'une aide à domicile : <u>a questionné la CPAM</u> , apparemment pas de réponse.
105	-
106	A pris connaissance de la CMU-C grâce aux <u>courriers de la CPAM</u> . Aide d'un agent pour le dossier.
107	Pour nouvelles lunettes s'est rendu à CPAM pour faire valider devis (CMU-C). A été informé à cette occasion sur <u>bilan de santé CES</u> . Le médecin conseil lui a suggéré de consulter un spécialiste, sans autre conseil ou offre de service.
108	Lors bilan santé au CES, le médecin conseille des soins dentaires à cette femme en grande difficulté et alors sans OC. Soins engagés depuis ouverture de la CMU-C. <u>Traitement de la demande très long</u> : CPAM en attente d'un document du TA lié à liquidation judiciaire de l'entreprise familiale.
109	-
110	Sur conseils de proches, <u>démarche à la CPAM pour demander CMU-C</u> ; obtenue.
111	-
112	-
113	<u>Demande de reconnaissance d'invalidité</u> , refus, recours devant le tribunal. A rencontré AS de la CPAM pour <u>demande aide à domicile</u> : obtenue.

Annexe 15 : Observations sur des actions d'information/d'interfaces pour éviter/sortir des situations de renoncement.

N°	Actions envisageables pour éviter le renoncement, au vu des besoins identifiés dans chaque entretien
1	<p>Informations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sur les aide sociales pour financer des actes de soins (ici, chirurgicaux et actes dentaires). - sur les conditions applicables du tiers payant (ici, soins en rapport avec un accident de travail ou une maladie professionnelle). - sur les professionnels de santé (notamment spécialistes) conventionnés. <p>Interfaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - conventions avec entreprises de travail intérimaire pour repérer les travailleurs limités dans l'emploi du fait de besoins de soins non satisfaits.
2	<p>Informations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sur les démarches administratives en cas de changement de lieux de résidence entraînant un changement d'organisme gestionnaire. - sur les aide sociales pour financer des actes de soins (ici, examens). - sur les conditions applicables du tiers payant. <p>Interfaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - assurer circulation dossiers entre organismes. <p>Autre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - médecin traitant actif pour éviter rendez-vous non honorés, reports. <p>Nota : voir pratique médecins 1^{er} recours en Suisse – recherche pour IRESP.</p>
3	<p>Informations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sur les aide sociales pour financer des actes de soins (ici, frais d'optique). <p>Interfaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avec MDPH, ... pour information sur aide sociales pour financer actes de soins (prothèses auditives) et orientation vers service social CPAM, lors de la reconnaissance du handicap et du statut de travailleur handicapé.
4	<p>Informations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sur les aide sociales pour financer des actes de soins (ici, actes chirurgicaux). <p>Interfaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - participation du spécialiste (psychiatre) à structure ou démarche de premier recours pour amener la personne vers actes chirurgicaux (le psychiatre motive mais n'accompagne pas dans les démarches nécessaires). <p>Nota : valant aussi pour 6 et 8 (états dépressifs). Une étude récente de l'IRDES a souligné l'importance du suivi ambulatoire et du médecin généraliste dans la prise en charge des patients dépressifs. D'autant que la France dépense 22,6 milliards d'euros chaque année dans le champ de la santé mentale et des psychotropes, alors que 40% des patients dépressifs ne sont pas soignés. C'est-à-dire que l'amélioration de la prise en charge constitue un enjeu sanitaire, mais aussi économique.</p> <p>IRDES, « La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé », <i>Questions d'économie de la santé</i>, n° 191, octobre 2013.</p>
5	<p>Informations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sur prises en charge possibles dans le cadre ALD. Cas typique d'une personne non informée par son médecin traitant. <p>Interfaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - accompagnement social adapté avec comme ici cumul de précarité : invalidité, éloignement, isolement. Par exemple à partir d'un « n° vert » réservé.
6	<p>Interfaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - participation du spécialiste (angiologue) à structure ou démarche de premier recours pour amener la personne vers actes chirurgicaux et soins nécessaires. Apparemment pas de retours du spécialiste vers le médecin traitant pour guider (encourager) le parcours de soins. Rappel : seul cas parmi les 9 de renoncement par « négligence ».
7	<p>Interfaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CPAM avec Centres de formation/apprentissage pour informer ces publics jeunes sur prises en charge possibles et droits sociaux en général.

	Nota : voir étude en cours ODENORE « Etudiants/complémentaire » – pour Fonds CMU.
8	Interfaces : - Entre Assurance maladie, MDPH, CARSAT sur cas complexe (ici, après fin IJ quand personne de plus 60 ans ne peut reprendre une activité).
9	Informations : - sur prises en charge possibles et droits sociaux en général. A partir des CES (ici fréquenté pendant 3 ans, et très précaire score EPICES) Interfaces : - entre CES/service social CPAM ou autre pour aide pour frais de santé et accès à aide sociales (ici, minimum vieillesse pour retraité qui se déclare « sans droits »).
10	Information : - Interfaces : - Nota : Le cas va au-delà de ce type d'action ; il pose la question du traitement des situations administratives des victimes de maladies professionnelles à conséquences lourdes pour la collectivité en termes d'indemnisation
11	Information : - sur les aide possibles dès détection de « situations d'impayé ». Interfaces : - entre services remboursement et service social. La difficulté financière qui se traduit par un impayé comme indice d'alerte.
12	Information : - sur l'assurance maladie dans les établissements scolaires. Interfaces : -
13	Information : - sur les refus de droits et au-delà sur le traitement des demandes. Interfaces : -
14	Information : - Interfaces : -
15	Information : - Interfaces : -
16	Information : - sur les offres de complémentaire en fonction des besoins au moment de l'ouverture de l'ACS. Personne avec une complémentaire sans prise en charge dentaire et optique. Apparemment non connaissance des centres mutualistes. Interfaces : -
17	Information : - Interfaces : - possibilité d'un suivi social groupé de dossiers d'un même ménage (homme reconnu handicapé et sa femme en ALD). - entre service remboursement et médecin conseil en cas d'arrêt de travail longue durée suite à intervention chirurgicale.
18	Information : - Interfaces : -
19	Information : - Interfaces : - entre services hospitaliers et CPAM quand un patient se présente sans carte vitale, car retenue par médecin libéral.
20	Information : - Interfaces : -
21	Information : -

	Interfaces : -
22	Information : - Interfaces : - entre MT et CES après interruption examens alors que kystes détectés.
23	Information : - sur les avantages et limites de la CMU-C au moment de l'ouverture ; besoin d'explications en direct. Interfaces : - entre Caisses de Sécurité sociales pour examens droits potentiels en cas de chômage durable.
24	Information : - sur avancement dossier en cas de changement de régime (RSI à Régime général). - sur avancement renouvellement carte vitale.
25	Informations : - sur les aide sociales pour financer transports pour motif médical et actes dentaires. Implication de l'AS qui suit la famille comme référent principal.
26	Informations : - sur les droits CMU-C/ACS à la réception CPAM d'une demande d'aide financières pour soins dentaires. Interfaces : - entre médecins libéraux et CPAM quand devis refusé (présomption de non solvabilité). Puis orientation CPAM vers centres mutualistes.
27	Interfaces : - entre Pôle emploi et CPAM pour éviter interruptions de droits Assurance maladie.
28	Informations : - sur régime général, à apporter aux étudiants en fin d'étude (cas de son fils indépendant, pas informé par LMDE sur ruptures de droits à la sortie régime étudiants).
29	Interfaces : - entre services sociaux pour solution à isolement personnes seules éloignées de l'offre de soins. Dans le cas présent : demande faite par personne, pas de solution, personne laissée à elle-même.
30	Information : - Interfaces : -
31	Information : - Interfaces : -
32	Informations : - sur conséquence décision invalidité et plus que cela : accompagnement des personnes qui reçoivent ces décisions (d'autant quand elles luttent contre des maladies graves). Interfaces : - entre médecins conseil et AS quand décision invalidité : systématiser la prise de rdv avec AS via MC.
33	Interfaces : - entre médecins conseil et services sociaux pour vérifier éligibilité à CMU-C vu précarité de la situation Nota : Le cas va au-delà de ce type d'action ; il pose la question du fondement d'un contrôle de situation (apparemment ici à partir d'une présomption de fraude, « au faciès ». Ecart de qualité entre accompagnement par le CES et traitement administratif.
34	Interfaces : - entre MT et CPAM quand comme ici la patiente parle de ses problèmes financiers au MT. Nota : Le cas va au-delà de ce type d'action ; il pose la question d'un réexamen régulier de l'éligibilité à la CMU-C des bénéficiaires de l'ACS. Cas typique d'une assurée (retraîtée précaire, seule et isolée) qui ne fera pas de démarche spontanée.
35	Informations : - sur les droits CMU-C/ACS lors consultation médecin conseil (cas arrêt maladie, chute de salaire), surtout quand comme ici complémentaire santé sans aide. Idem sur aide pour soins dentaires CPAM.

	<p>Interfaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - entre MC et service social CPAM dans cas arrêt maladie (vérification droits CMU-C ou ACS). - entre MC et MT et spécialistes si comme ici dissonance des avis.
36	<p>Interfaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - entre MC et MT et spécialistes si comme ici dissonance des avis.
37	<p>Interfaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - orientation par MC vers autres MT ou spécialistes quand ceux consultés sont comme ici manifestement « incompetents ». Quelle possibilité de contrôle des pratiques ?
38	<p>Informations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sur CMU-C et ACS lors de visite médicale MC pour arrêt maladie. <p>Nota : Le cas va au-delà de ce type d'action ; il pose la question du rdv avec service social après visite MC pour arrêt maladie.</p> <p>Interfaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - entre MC/service social CPAM pour aide pour frais de santé et accès à aide sociales. - entre service social CPAM et employeur (et/ou DDTFP) quand IJ : s'assurer du versement complément salaire. Complément non versé : baisse ressources pour se soigner.
39	<p>Interfaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans ce cas, entre MT (guidance), AS hôpitaux d'un côté et service social CPAM/CG de l'autre, dès repérage précarité, pour vérification droits potentiels à prestations légales ou aide sociales. Les services sociaux produisent un repérage systématique.
40	<p>Interfaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans ce cas, entre MC, service administratif pour gestion IJ.
41	<p>Interfaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans ce cas, entre MC et service social CPAM pour examen droit à ACS voire à CMU-C, et à autres aide.
42	<p>Informations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sur les droits CMU-C/ACS lors ouverture : ici sur passage par médecins conventionnés pour éviter dépassement honoraires. La personne n'a pas compris lors ouverture ACS. <p>Interfaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans le cas présent, la personne dirigée par l'enquêtrice BRSG vers l'accueil pour explication ACS. Explication reçue, mais occasion non saisie pour vérifier situation (retour à CMU-C pas improbable du fait du changement de situation : retour du mari au domicile).
43	<p>Interfaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans le cas présent, au sein CPAM pour traiter demande de complément pension invalidité ; ici apparemment sans réponse alors que la situation financière se dégrade (passage au RSA, fin de droits chômage) et que le couple renonce plus en plus à se faire soigner (avec effet sur possibilité reprise du travail par le mari).
44	<p>Informations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sur les droits (reconversion professionnelle, ...) et autres (ici : secteurs conventionnés) dès que contact par CES, MC, ou service social avec personne en arrêt maladie/accident du travail longue durée ne donnant pas lieu à reconnaissance invalidité.
45	<p>Interfaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - entre service social CG/MDPH et CPAM pour aider famille (avec enfant handicapé) à choisir en fonction des besoins de soins non satisfaits dans la famille et revenus très contraints, le meilleur choix entre CMU-C et ACS. Examen global des aide sociales.
46	Se reporter aux éléments de la situation (tableau 4) : <u>cas exemplaire de dysfonctionnement.</u>
47	<p>Interfaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - entre service social hôpital et service social CPAM/CES pour examen droits et besoins de santé lors repérage pendant hospitalisation personne âgée (seule, éloignée).
48	<p>Interfaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - entre service social (ici MSA) et service social CPAM pour vérifier droits à CMU-C ou ACS et voir intérêt aide

	pour soins, quand comme ici AS MSA régulièrement sollicitées pour aide d'urgence.
49	Informations : - sur CM-C et ACS, aide financières sur CES. Ici assuré RSI. Nota : ce cas confirme d'autres résultats Odenore sur méconnaissance des droits chez assurés RSI.
50	Informations : - Interfaces : -
51	Informations : - sur droits et aide en cas d'arrêts maladie prolongé/répété et versement IJ.
52	Interfaces : - entre service social hôpital et ici MSA pour examen aide APA, ACS ou CMU-C, aide transports à partir renseignements accueil hôpital.
53	Informations : - sur droits ACS, aide financières optiques et dentaires : cas d'une personne suivie par AS CPAM via MC pour procédure reclassement professionnel. Examen complet de situation lors orientation MC vers service social.
54	Informations : - sur droits liés à ACS et sur éligibilité des enfants étudiants comme ayant-droit.
55	Informations : - Cette usagère de centres mutualistes, aux revenus modestes, ne connaît pas l'existence de l'ACS. Apparemment aucun Centre ne s'est pas enquis de sa situation, ni de son parcours de soins « désordonné » (pas de médecin référent, consultations dans plusieurs centres).
56	Interfaces : - dans ce cas, entre AS du CG et service social CPAM, pour examen droits à ACS sinon à CMU-C et pour aide en matière de transport ; aussi information des AS sur centres mutualistes (pour le tiers payant).
57	Information : - Interfaces : -
58	Interfaces : - entre spécialistes et services sociaux quand le reste à charge est trop élevé, afin d'examiner la possibilité d'une aide financière
59	Informations : - systématique sur droits à l'ACS dans les maisons médicales (structures médicales polyvalentes de proximité) et par l'organisme social (ici MSA).
60	Interfaces : - entre services administratifs et services sociaux CPAM lors d'un accueil d'un nouvel assuré demandant transfert de son dossier CMU-C suite à déménagement. Saisir ce moment pour examen des droits et informations sur professionnels de santé.
61	Informations : - Interfaces : -
62	Informations : - sur aide pour soins dentaires. Cas typique d'une assurée bien informée sur aide légales (CMU-C et ACS) et pas sur aide facultative qui ne fait pas l'objet d'information générale particulière.
63	Informations : - automatique sur CMU-C ou ACS lors changement situation familial (ici décès de la conjointe) Interfaces : - entre services administratifs/sociaux pour suivi attentionné de l'assuré restant après décès du conjoint
64	Informations : - communication réponse à demande CMU-C par message téléphonique : rappel et/ou confirmation par

	<p>courrier</p> <p>Interfaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans ce cas, entre AS du CG et service social CPAM, pour examen droits à ACS sinon à CMU-C <p>Nota : comme pour 56, ici AS CG apparemment pas en mesure d'informer et accompagner vers CMU-C et ACS</p>
65	<p>Interfaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - entre services administratifs/sociaux pour suivi attentionné de l'assuré quand comme ici présomption forte de précarité
66	<p>Interfaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - entre services accueil et administratifs/sociaux pour vérification des droits CMU-C quand comme ici la personne est sans CS et présomption forte de précarité
67	-
68	<p>Interfaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - entre MT, spécialistes et services sociaux sur « présomption » de précarité financière (indice : pas de suite à des devis relativement peu élevés).
69	<p>Interfaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - entre service social CG-CES et service social CPAM comme dans ce cas de très grande précarité, pour examen des droits à des aide.
70	<p>Interfaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - entre CES et service social CPAM comme dans ce cas de très grande précarité, pour examen des droits à des aide.
71	<p>Interfaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - entre services sociaux CPAM, CAF, MDPH, SAMETH comme dans ce cas de très grande précarité, pour coordonner l'examen des droits à des aide.
72	<p>Interfaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - entre services sociaux en cas du décès d'un conjoint(e), comme ici pour cette femme avec enfant, de façon à évaluer la situation et le besoin d'aide financière non financière. Cas typique des personnes « hors des radars » des services sociaux, qui se retrouvent suite à un décès dans des situations complexes du type : baisse de moyens mais pas éligibles à des aide du fait de la propriété du logement, etc. Ici, femme avec importantes difficultés physique pour se déplacer.
73	<p>Interfaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - entre services sociaux entre CES et service social si lors bilan calcul d'éligibilité à aide donne estime une possible ouverture de droits : mise en place d'un simulateur.
74	<p>Interfaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - entre associations hébergement d'urgence et services sociaux pour examens des droits. Entre CES et service social dans cas, comme ici, de personnes très précaire, lors bilan santé.
75	<p>Informations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - automatique sur CMU-C, ACS et autres droits (RSA activité...) lors demande de statut d'auto-entrepreneur <p>Interfaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - entre CPAM et établissement d'enseignement/formation pour information de base sur les droits : cas typique ici d'une jeune femme récemment encore étudiante, très mal informée comme beaucoup (Cf. Etude Odenore pour fonds CMU)
76	<p>Interfaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - entre MT et CPAM quand patient pas autonome dans parcours de soins et démarches administratives. Possibilité pour MT de signaler des cas comme celui de cette femme et famille.
77	<p>Information : -</p> <p>Interfaces : -</p>
78	<p>Informations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - automatique sur ACS quand refus de CMU-C. Cas surprenant puisque l'examen des droits CMU-C et ACS est lié.

79	Interfaces : - entre services sociaux et administratifs dès lors qu'une personne se présente pour demande d'aide d'urgence (ici pour paiement factures) suite à baisse brutale de revenus (suite à licenciement). Même si refus car (comme ici) au-dessus des plafonds : informer des possibilités si chute ressources s'accroît, réexaminer situations en conservant données premier accueil, ...
80	Interfaces : - entre services sociaux dès lors qu'une personne se présente pour demande d'aide d'urgence (ici pour paiement factures) suite à baisse brutale de revenus
81	Information : - Interfaces : -
82	Informations : - sur les professionnels en secteur 1, les centres mutualistes.... sous forme de communication publique.
83	Interfaces : - entre médecins et services sociaux dès lors qu'une personne demande un étalement de paiement, comme ici pour cette femme très précaire.
84	Information : - Interfaces : -
85	Information : - Interfaces : -
86	Interfaces : - entre MT et CPAM quand patient pas autonome dans parcours de soins et démarches administratives, en plus ici en état dépressif permanent. Possibilité pour MT de signaler des cas comme celui de cette femme, précaire.
87	Information : - Interfaces : -
88	Interfaces : - entre services administratif/social en cas d'invalidité (multi-pathologie) ici personne seule, modeste, de façon à vérifier intégralité des aide.
89	Information : - Interfaces : -
90	Information : - Interfaces : -
91	Interfaces : - dans le cas présent, entre MT ou autres praticiens et services administratif/social CPAM lorsque le patient sans OC exige des soins coûteux et réguliers.
92	Interfaces : - dans le cas présent, entre CES et service social CPAM et employeur lors ouverture droits à ALD afin d'éviter « indus » de salaires.
93	Interfaces : - dans le cas présent, entre spécialiste hospitalier et services sociaux CHU et CPAM pour solutionner absence de complémentaire et organiser probable suivi social d'une personne seule, très précaire, atteintes d'addictions.
94	Information : - Interfaces : -
95	Interfaces : - dans le cas présent, entre pôle clinique CHU et service social CHU voire CPAM pour aide à conjoint (seul) s'occupant du proche malade.

96	Information : - Interfaces : -
97	Interfaces : - dans le cas présent, entre RSI et son sous-traitant pour actualiser les fichiers d'assurés afin de procéder aux prises en charge.
98	Information : - Interfaces : -
99	Information : - dans le cas présent, info par services administratif/social sur renouvellement droit à ACS. Info ciblée sur pop vulnérable : comme ici, femme âgée, seule, isolée.
100	Information : - dans le cas présent sur ACS par organisme complémentaire (ici RSI) lorsque difficulté de paiement de cotisation.
101	Interfaces : - dans le cas présent, entre service social CHU et services administratif/social CPAM lors admission personne avec droits interrompus. - entre pôles cliniques et service social CHU quand état santé nécessite rapprochement avec lieu de soins.
102	Information : - Interfaces : -
103	Information : - Interfaces : -
104	Interfaces : - dans le cas présent, entre service social CHU et services administratif/social CPAM quand personne seule, modeste, a besoin aide à domicile après opération lourde.
105	Information : - Interfaces : -
106	Information : - Interfaces : -
107	Information : - dans le cas présent, info par CES sur spécialistes à consulter de façon à réduire problème de reste à charge/avance de frais.
108	Interfaces : - dans le cas présent, entre service administratif CPAM et TA pour obtention accélérée d'un document nécessaire à l'ouverture CMU-C.
109	Information : - Interfaces : -
110	Information : - Interfaces : -
111	Information : - Interfaces : -
112	Interfaces : - dans le cas présent, entre MT ou autres praticiens et services administratif/social CPAM lorsque le patient manquant manifestement d'autonomie dans ses démarches administratives.
113	Information : - Interfaces : -